

De zorg aan gedetineerden met een ernstige psychische stoornis of verslaving

Advies d.d. 2 april 2007

Inhoudsopgave

1. Samenvatting en conclusies	5
2. Aanbevelingen	9
3. Inleiding	11
4. Uitgangspunten voor zorg aan gedetineerden met een psychische stoornis	13
5. Knelpunten in de kwaliteit en kwantiteit van de zorgverlening in detentie	15
5.1 Gedetineerden met een psychische stoornis	15
5.2 Verslaafde gedetineerden	18
5.3 Het psycho-medisch overleg	20
6. Het gebruik van de wettelijke mogelijkheden voor de zorg buiten de penitentiaire inrichting	23
6.1 Tijdens de preventieve hechtenis	23
6.2 Tijdens de tenuitvoerlegging van een sanctie	24
6.3 Na detentie	25
7. Enkele mogelijkheden ter verbetering	27
7.1 Detentie van gedetineerden met een psychische stoornis zoveel mogelijk voorkomen	27
7.2 Verbetering van de diagnostiek	27
7.3 Verbetering van het deskundigheidsniveau en de informatieoverdracht	28
7.4 Participatie van de ggz	28
8. De financiering en standaardisering van de zorg	29
9. De Nieuwe Inrichting en Detentie en Behandeling op Maat volwassenen	31
9.1 Het DBM-v-beleid in grote lijnen	31
9.2 Commentaar van de Raad	32
10. Epiloog	35
Bijlagen:	
Overzicht strafrechtelijke ingangen voor zorg (excl. tbs)	37
Ontwikkelingen in de behandeling van verslaafde justitiabelen	39
Overzicht van bezoeken en interviews met als bijzonder aandachtspunt de zorg aan gedetineerden met een stoornis	41
Literatuuroverzicht	45

1. Samenvatting en conclusies

In dit advies gaat de Raad in op de zorg aan gedetineerden met een ernstige psychische stoornis, een verslaving, of met een combinatie van beide (verder in dit advies aan te duiden als 'gedetineerden met een stoornis') in de huizen van bewaring en gevangenissen. Onder 'zorg' wordt in dit advies verstaan het geheel van voorzieningen, activiteiten en middelen gericht op stabilisering, vermindering en genezing van de stoornis of verslaving. Onder dit zorgbegrip vallen dus zowel verzorging en verpleging als behandeling. Bij de toezichtbezoeken van de Raad in de jaren 2004 tot 2006¹ vormde de zorg aan deze doelgroep een bijzonder thema. Daarbij constateert de Raad dat in het algemeen de zorg kwalitatief en kwantitatief te kort schiet. Zo is er onvoldoende expertise binnen de inrichtingen, ook op de bijzondere afdelingen (zoals de bijzondere zorgafdeling (bza) en individuele begeleidingsafdeling (iba)) ontbreekt het aan structurele diagnostiek volgens de huidige standaard en meestal vindt overdracht van informatie over de ziektegeschiedenis van gedetineerden niet plaats. De bestaande (wettelijke) mogelijkheden om gedetineerden en ex-gedeteneerden extern te laten behandelen, worden weinig gebruikt. Als gevolg van deze tekortkomingen keren veel gedetineerden met een psychische stoornis in de samenleving terug zonder afdoende zorg te hebben ontvangen. In aansluiting op de toezichtbezoeken verzamelde de Raad informatie bij verschillende instanties die bij de zorg aan gedetineerden zijn betrokken. Daarbij werd kennisgenomen van succesvolle initiatieven, gericht op de toeleiding tot zorg en op het geven van behandeling aan justitiabelen. Deze initiatieven zijn echter nog zeer beperkt in omvang.

Alvorens nader in te gaan op de stand van zaken in de zorg formuleert de Raad enkele uitgangspunten (paragraaf 4) waarop goede zorg aan de doelgroep zou dienen te berusten:

- als afgeleide van de wettelijke resocialisatieopdracht voor het gevangeniswezen dient zorg deel uit te maken van het regime met het oog op het voorkomen van recidive;
- het niveau van zorg in detentie zal van een gelijkwaardig niveau moeten zijn als de zorg in de samenleving als geheel (equivalentiebeginsel);
- de zorg dient afgestemd te zijn op de bijzondere situatie die detentie vormt, waarin psychische stoornissen en verslaving vaker voorkomen dan in de samenleving als geheel. Daarnaast moet het zorgaanbod gedifferentieerd zijn en rekening houden met de verschillende voorkomende stoornissen;
- de zorg aan gedetineerden dient te voldoen aan de relevante bepalingen uit nationale wetgeving en internationale verdragen.

1) Per 1 oktober 2006 is de Instellingswet RSJ gewijzigd en daarmee de toezichttaak van de RSJ vervallen. Zie bijlage III voor een overzicht van de toezichtbezoeken met het thema 'zorg'.

Voorts geeft de Raad de richting aan waarin de zorg voor gedetineerden met een stoornis zich moet ontwikkelen. Daartoe formuleert de Raad kenmerken van goede zorg aan justitiabelen met een stoornis of verslaving.

De Raad gaat vervolgens in op de prevalentie van psychische stoornissen en verslaving onder gedetineerden en op de aan hen geboden zorg (paragraaf 5). Daarbij wordt een aantal knelpunten gesignaleerd, aan de hand waarvan de Raad concludeert dat de zorg in kwalitatief en kwantitatief opzicht tekort schiet.

In paragraaf 6 gaat de Raad in op de wettelijke mogelijkheden voor het bieden van zorg aan justitiabelen buiten detentie. Daarbij worden de fasen van de preventieve hechtenis, de tenuitvoerlegging en die na detentie onderscheiden. In de fase van de preventieve hechtenis zou de reclassering een belangrijke rol kunnen spelen in het signaleren van psychische problematiek, ware het niet dat deze daarvoor veelal de psychiatrische expertise mist. Bovendien is de reclassering voor het uitvoeren van interventies afhankelijk van een opdracht van Justitie. Door deze omstandigheden zijn de mogelijkheden van de reclassering om te voorkomen dat justitiabelen met een ernstige stoornis of een verslaving in het gevangeniswezen instromen beperkt.

De tenuitvoerlegging sluit vaak niet aan op de uitspraak van de rechter. Zo verblijven gedetineerden met een art. 37 Sr-maatregel of met een tbs met bevel tot verpleging geruime tijd als passant in een huis van bewaring, waar zij niet de zorg krijgen die nodig is.

Tijdens detentie worden de wettelijke mogelijkheden voor overplaatsing en externe behandeling te weinig benut. Vaak volgt ontslag uit detentie zonder dat noodzakelijke nazorg, eventueel op basis van een civielrechtelijke maatregel, is geregeld.

In paragraaf 7 noemt de Raad nog enkele aanvullende verbeterpunten. De informatieoverdracht aan de penitentiaire inrichting over de ziektegeschiedenis van de gedetineerde laat vaak te wensen over. Ook ontbreekt het aan structurele diagnostiek volgens de huidige standaard en aan voldoende expertise binnen de inrichtingen, kwantitatief en kwalitatief. Tenslotte is doorstroming naar de ggz meer uitzondering dan regel en verloopt deze meestal problematisch.

In het advies wordt ook ingegaan op de voorstellen van de commissie-Houtman (paragraaf 8)². De Raad komt ten aanzien daarvan met aanvullende aanbevelingen, zoals het voeren van een centrale regie voor indicatiestelling en plaatsing en voor aanvullende financiering van de forensische zorg aan ex-justitiabelen. Tenslotte gaat de Raad in op de plaats die de zorg krijgt in de plannen voor herinrichting van het gevangeniswezen: De Nieuwe Inrichting en Detentie en Behandeling op Maat (paragraaf 9). De knelpunten die in de huidige situatie worden gesignaleerd (onvoldoende kwaliteit en capaciteit) vinden in deze plannen nog geen oplossing.

Ofschoon er bijzondere voorzieningen worden aangekondigd, per inrichting en regionaal, blijft de capaciteit daarvan achter bij de omvang van de doelgroep. Ook worden er ten aanzien van diagnostiek en expertiseniveau voor zover bekend niet die extra investeringen gedaan welke de Raad noodzakelijk acht.

2) De Interdepartementale werkgroep 'Besturing en financiering van zorg in Justitieel kader', 2005.

Daarom gelden de aanbevelingen aangaande de huidige stand van zaken ook voor de plannen in het kader van De Nieuwe Inrichting/Detentie en Behandeling op Maat³.

De Raad geeft in dit advies een overzicht van de huidige situatie. Hij evalueert deze en geeft aan op welke punten ze kan worden verbeterd. Dit globale advies zal later in aparte adviezen op onderdelen kunnen worden uitgewerkt.

De Raad waardeert de toewijding en de grote inspanningen die de werkers in het veld aan de dag leggen om zorg te bieden aan hen die deze nodig hebben. Tegelijk moet worden geconstateerd dat die zorg structureel onvoldoende en gebrekkig is. De Raad is van oordeel dat die zorg aanmerkelijk kan en moet worden verbeterd. Omdat een ernstige psychische stoornis en een verslaving bij veel gedetineerden criminogene factoren vormen, is het niet alleen vanuit humanitair oogpunt van belang goede zorg te bieden, maar dient dit ook het streven naar een veiliger samenleving. Goede zorg kan recidive terugdringen. Dat past ook binnen het kader van het regeeringsbeleid, dat zich de laatste jaren meer richt op het voorkomen van recidive van ex-gedetineerden. De Raad zal de ontwikkeling blijven volgen en met nadere adviezen stimuleren.

3) In december 2006 heeft het ministerie van Justitie de implementatie van deze plannen opgeschort voor nader beraad t.a.v. een aantal uitvoeringsaspecten. Het nieuwe regeerakkoord vermeldt dat de hervormingen in het gevangeniswezen zullen worden doorgezet, met extra aandacht voor de behandeling. Het is nog niet concreet bekend wat dit voor de zorg betekent. Coalitieakkoord tussen de Tweede Kamerfracties van CDA, PvdA en Christenunie, TK 2006-2007, 30891 nr. 4, p. 26.

2. Aanbevelingen

De Raad beveelt het volgende aan:

1. De zorg aan gedetineerden met een ernstige psychische stoornis of een verslaving op een niveau te brengen dat gelijkwaardig is aan de zorg in de samenleving (par. 5); maatregelen te treffen waardoor gedetineerden uit deze doelgroep, aan wie deze zorg in detentie niet kan worden geboden, soepeler kunnen worden overgeplaatst naar de ggz. Het beveiligingsniveau in de ggz dient daartoe te worden aangepast aan de door de justitiabele veroorzaakte gevaarsrisico's (par. 6);
2. De overdracht van informatie over de ziektegeschiedenis van de gedetineerden aan de penitentiaire inrichtingen structureel te verbeteren (par. 7);
3. De gedetineerde, wanneer diens gedrag en/of voorgeschiedenis hiertoe aanleiding geeft, direct na binnenkomst door een hiervoor gekwalificeerde deskundige te laten onderzoeken, teneinde de aanwezigheid van een psychische stoornis en/of een verslaving te kunnen vaststellen. Bij binnenkomst in een inrichting voor langgestraften (domein III) dienen alle gedetineerden direct na binnenkomst op deze wijze te worden onderzocht (par. 7);
4. De kwaliteit en de kwantiteit van de op zorg gerichte expertise in de bestaande en de in het kader van Detentie en Behandeling op Maat geplande penitentiaire inrichtingen te verbeteren en in dit kader een structureel aanbod van de ggz in de inrichtingen te realiseren. Hierbij tevens te investeren in expertise gericht op de zorg aan gedetineerden met een niet-Europese achtergrond (par. 7);
5. Een op verslaafde gedetineerden gericht zorgaanbod te realiseren, uitgaande van een drugsvrije omgeving en daarbij te kiezen voor interventies waarvan het recidiveverminderend effect wetenschappelijk is vastgesteld, zoals beroepsscholing en interventies gebaseerd op de uitgangspunten van de therapeutische gemeenschap en de cognitieve gedragstherapie. Inkoop van zorg bij verslavingsklinieken verdient daarbij de voorkeur (par. 7 en bijlage IV);
6. Te onderzoeken of in de praktijk de behoefte bestaat om vaker de geneeskundige dwanggreep van art. 32 Pbw toe te passen en zo ja tevens te onderzoeken of aan een frequentere toepassing wettelijke en andere beperkingen in de weg staan; een eventuele verruiming van de mogelijkheden voor het verlenen van zorg onder dwang aan gedetineerden vooraf te doen gaan door een grondige afweging van doel en middelen en van de plichten, rechten en belangen van gedetineerden, zorgverleners, de overheid en de samenleving (par. 5);
7. De doorstroming vanuit de penitentiaire inrichtingen naar de ggz en de instellingen voor verslavingszorg te verbeteren; tevens de zorgcontinuïteit en mogelijkheden voor ambulante nazorg te verbeteren; in dit kader een beter gebruik van de bestaande (civielrechtelijke) wettelijke mogelijkheden te bevorderen; daarbij te onderzoeken of de wet- en regelgeving knelpunten oplevert voor de doorstroming van (ex-)justitiabelen naar de ggz (par. 5 en 6);

8. Een uit deskundigen van de betrokken ministeries bestaand centraal orgaan in te stellen dat, uitgaande van een acceptatieplicht voor zorginstellingen, zelfstandig de regie voert over en verantwoordelijk is voor de plaatsing van (ex-)justitiabelen in zorginstellingen voor zowel intramurale als extramurale behandeling (par. 6 en 8);
9. Te onderzoeken of het vangnet voor preventief gedetineerden met een stoornis kan worden verbeterd door bevordering van de deskundigheid en vergroting van de zelfstandigheid van de reclassering (par. 6).

3. Inleiding

In dit advies gaat de Raad in op het zorgaanbod aan gedetineerden met een ernstige psychische stoornis, een verslaving of een combinatie hiervan. Ter wille van de leesbaarheid wordt voor deze categorieën ‘gedetineerden met een stoornis’ als overkoepelende term gebruikt. Zowel de preventieve hechtenis, de tenuitvoerlegging in een strafinrichting als de situatie na detentie komen in dit advies aan de orde. Verschillende organisaties⁴ hebben kort geleden hun visie gegeven op de geestelijke gezondheidszorg voor justitiabelen met een psychische stoornis. Om verschillende redenen zag ook de Raad aanleiding om het initiatief te nemen tot een verkenning van deze problematiek.

In de eerste plaats waren dat de bevindingen van de Raad, opgedaan tijdens toezichtbezoeken aan 57 penitentiaire inrichtingen in de jaren 2004-2006⁵, waarbij de zorg aan gedetineerden centraal stond. Daarbij constateerde de Raad dat, terwijl de instroom in detentie van mensen met een psychische stoornis en/of een verslaving groeit, de zorg in detentie kwalitatief en kwantitatief te kort schiet en de uitstroombmogelijkheden naar ggz en tbs zeer beperkt zijn. Er is, ook op de bijzondere afdelingen (bza, iba etc.), onvoldoende expertise in de inrichtingen, het ontbreekt aan structurele diagnostiek volgens de huidige standaard en meestal vindt een overdracht van informatie over de ziektegeschiedenis van gedetineerden niet plaats.

De bestaande (wettelijke) mogelijkheden om (ex-)gedetineerden extern (zowel in de reguliere ggz als de tbs) te laten behandelen worden relatief weinig gebruikt. Als gevolg daarvan keren veel gedetineerden met een psychische stoornis in de samenleving terug zonder adequate zorg te hebben ontvangen. Contacten met en werkbezoeken aan instellingen en organisaties die direct of indirect bij de zorg aan en behandeling van justitiabelen met een psychische stoornis betrokken zijn, bevestigden dit beeld. Zo werden forensische behandelcentra van De Waag bezocht en werden er gesprekken gevoerd met het overleg van coördinerend (regio)psychologen van de DJI, het OM te Zwolle en met de Stichting Verslavingszorg GGZ. Ook nam de Raad deel aan verschillende conferenties waarbij de stoornis in detentie centraal stond.

In de tweede plaats nopen ook de aanzetten tot nieuw beleid, zoals het advies van de commissie-Houtman, de plannen in het kader van De Nieuwe Inrichting/Detentie en Behandeling op Maat (DNI/DBM) en het rapport van de tijdelijke commissie parlementair onderzoek tbs de Raad tot een nadere standpuntbepaling. In de plannen in het kader van DNI/DBM ziet de Raad onvoldoende perspectief op optimalisering van de zorg. Het advies van de commissie-Houtman en het rapport van de tijdelijke commissie parlementair onderzoek tbs vormen, naar de Raad meent, goede aanzetten tot structurele verbetering van de condities voor het realiseren van een verantwoorde zorg.

4) Raad voor Maatschappelijke Ontwikkeling: Tussen zorgen en begrenzen, over de aanpak van delictplegers met psychiatrische problemen, Den Haag 2005 en Stichting Verslavingsreclassering GGZ Nederland, Interventies voor verslaafde justitiabelen, Amersfoort 2004.

5) Zie bijlage III.

Bij het beschouwen van knelpunten en nadenken over verbeterpunten van de zorg aan gedetineerden stuitte de Raad op een aantal principiële vragen zoals de verhouding tussen de autonomie van de gedetineerde en het belang van een goede behandeling. Vragen die vooral spelen waar de toepassing van drang en dwang bij het bieden van zorg aan de orde zou kunnen zijn: adequate behandeling kan in sommige gevallen betekenen dat drang of dwang moet worden toegepast. Een andere vraag in dit verband is met welke ethische en rechtspositionele aspecten rekening gehouden moet worden wanneer een Bopz-maatregel ten aanzien van een gedetineerde overwogen wordt. De combinatie van een psychische stoornis met gedragsproblemen, leidend tot het plegen van een delict, ligt zeer ingewikkeld. Enerzijds vraagt deze situatie om begrip, medische zorg, respect voor de patiënt en therapeutische compassie. Anderzijds wordt vanuit het gevaar voor recidive de behoefte aan structuur, dwang, drang en sancties ervaren. Deze twee werelden of benaderingswijzen moeten in het belang van de zorgbehoevende en in het belang van de maatschappij aan elkaar worden gesmeed.

De Raad zal in een volgend afzonderlijk advies ingaan op deze meer principiële kant van de zorg in detentie.

De Raad geeft in dit advies (par. 4) de richting aan waarin de zorg voor gedetineerden met een stoornis zich moet ontwikkelen. De huidige situatie wordt daarbij als uitgangspunt genomen. Aan de hand van het commentaar dat de Raad op die situatie geeft, ontwikkelt hij een visie op de toekomst. Dit gebeurt grotendeels binnen de mogelijkheden die de bestaande regelgeving biedt. De Raad haakt ook in op de resultaten van experimenten en op nieuwe voorstellen op het gebied van de organisatie en financiering van die zorg. Enkele onderdelen zullen later in nadere advisering worden uitgewerkt. Dat geldt behalve voor bovengenoemde aspecten van zorg onder dwang en drang ook voor de zorg aan bijzondere groepen in detentie, zoals de gedetineerden met een verstandelijke handicap. Voor bijzondere zorg aan langgestraften heeft de Raad in zijn onlangs uitgebrachte advies over de levenslange gevangenisstraf reeds aanbevelingen gedaan⁶.

Dit advies gaat achtereenvolgens in op:

- de uitgangspunten voor het organiseren van de zorg voor de doelgroep (par. 4);
- geconstateerde knelpunten in de praktijk van de zorg (par. 5) en de knelpunten bij het gebruik van de wettelijke mogelijkheden voor de zorgverlening (par. 6);
- verbetermogelijkheden (par. 7);
- de financiering en standaardisering van de zorg, waarbij wordt ingegaan op de voorstellen van de commissie-Houtman (par. 8);
- de situatie voor de zorg zoals die te voorzien valt na de op handen zijnde herstructurering van het gevangeniswezen, De Nieuwe Inrichting en Detentie en Behandeling op Maat volwassenen (DBM-v) (par. 9).

6) RSJ, Levenslang, Perspectief op verandering, Advies d.d. 1 december 2006.

4. Uitgangspunten voor zorg aan gedetineerden met een psychische stoornis⁷

Een eerste, in art. 2 van de Pbw opgenomen, uitgangspunt voor de tenuitvoerlegging van vrijheidsstraffen is dat deze zoveel mogelijk dienstbaar wordt gemaakt aan de terugkeer van de gedetineerde in de samenleving. Het wegnemen of verminderen van criminogene factoren behoort daarbij een centrale rol te spelen. Het beleidsprogramma Terugdringen Recidive van het ministerie van Justitie gaat hier eveneens van uit en bevat een aantal interventies die hierop gericht zijn; de zorg gericht op psychische stoornissen en verslaving maakt hiervan echter geen deel uit. Voor veel gedetineerden evenwel vormt de aanwezigheid van een psychische stoornis of verslaving een criminogene factor. Om die reden is het zowel voor de gedetineerde als voor de samenleving van het grootste belang dat deze stoornis of verslaving adequaat wordt behandeld. Een tweede uitgangspunt voor de zorg aan gedetineerden is dat deze gelijkwaardig dient te zijn aan de zorg in de vrije samenleving. De vrijheidsbeneming mag niet leiden tot achterstelling ten opzichte van de zorg zoals deze in de samenleving verkrijgbaar is. Dit uitgangspunt, bekend als het equivalentiebeginsel uit de European Prison Rules⁸, wordt door Justitie uitdrukkelijk onderschreven⁹. Dat deze zorg gelijkwaardig moet zijn aan die in de vrije samenleving, betekent dat ze van een vergelijkbaar kwaliteitsniveau moet zijn en aan de gangbare maatstaven dient te voldoen. Dit betreft uiteraard zowel de somatische als de geestelijke gezondheidszorg. Voorts kan gesteld worden dat, mede om recht te doen aan het equivalentiebeginsel, de zorg in detentie van een bijzondere kwaliteit moet zijn, specifiek van inhoud dan in de samenleving, omdat het leven in onvrijheid het geestelijk welzijn aantast¹⁰. Dit geldt vooral voor de psychisch kwetsbare gedetineerden, de gedetineerden met een psychische stoornis en voor de gedetineerden met een lange gevangenisstraf. Het zorgbeleid en zorgaanbod zal mede afgestemd moeten worden op het feit dat de kans op psychische schade of verergering van de stoornis en daarmee de kans op recidive toeneemt naarmate de detentie langer duurt. Bekend is bovendien dat psychische stoornissen in detentie veel meer voorkomen dan in de vrije samenleving¹¹. Ook dit feit ondersteunt de opvatting dat de

7) Zoals hiervoor gemeld rekent de Raad hieronder de gedetineerden met een ernstige psychische stoornis en/of een vorm van verslaving.

8) Council of Europe, Recommendation Rec (2006) 2 of the committee of ministers to member states on the European prison rules, Rule 43, commentary.

9) Ondermeer de brief van de staatssecretaris van VWS en de minister van Justitie aan de Tweede Kamer inzake de behandeling van drugsverslaafden gedetineerden, TK 2002-2003, nr. 24077/1 | 2, pag. 2. Tevens: ministerie van Justitie, Gezondheidszorgvisie DJI, Dienst Justitiële Inrichtingen, Den Haag 2006.

10) Kelk, C. Nederlands detentierecht, Deventer 2003;. Zie evt. ook: Moerings in E.R. Muller en P.C. Vegter (red.), Detentie, Gevangen in Nederland, Alphen aan den Rijn 2005 en Zorgvisie Nederlands Instituut voor Forensische Psychiatrie en Psychologie 2007, p. 3.

11) Bulten, B.H. en W.F.J.M. van Kordelaar, 'Zorg in detentie' in E.R. Muller en P.C. Vegter a.w.

zorg in detentie aan bijzondere eisen moet voldoen. De zorg dient afgestemd te zijn op de verschillende in detentie voorkomende stoornissen, verslaving hieronder begrepen, en op de ernst daarvan. In paragraaf 5 wordt op de verschillende in detentie voorkomenden psychiatrische ziekten nader ingegaan.

In de vierde plaats moet bij de zorgverlening in detentie uitgegaan worden van de meer algemene beginselen die in de Nederlandse wetgeving zijn geformuleerd. Zo heeft de gedetineerde op grond van de Penitentiaire beginselenwet recht op een goede medische verzorging door een aan de inrichting verbonden arts en op de nodige psychologische en psychiatrische hulp. Deze rechten omvatten tevens het recht op zorg gericht op verslaving. Behoudens enkele uitzonderingen in de Penitentiaire beginselenwet¹² zijn op de relatie inrichtingsarts - gedetineerde de Wet op de Geneeskundige Behandelingsovereenkomst (WGBO) en andere zorgregelgeving¹³ in beginsel van toepassing. In beginsel heeft de gedetineerde patiënt tegenover de inrichtingsarts dezelfde rechten en plichten als de niet-gedeteneerde patiënt tegenover diens behandelend arts.

Tenslotte benadrukt de Raad dat de ggz primair de verantwoordelijkheid draagt voor adequate zorg aan mensen met een psychische stoornis of verslaving.

Om een richting aan te geven waarin de zorg aan gedetineerden met een stoornis zich dient te ontwikkelen, is het van belang om de kenmerken van goede zorg aan te geven. Dit zijn naar de Raad meent de volgende:

- preventief gedetineerden met een ernstige stoornis of verslaving worden, mits de strafvordering dat toelaat, buiten detentie gehouden en in de zorg geplaatst;
- in alle vormen van detentie wordt screening op psychische stoornissen uitgevoerd, als dat in een voorafgaande fase nog niet is gebeurd;
- in alle vormen van detentie wordt adequate zorg geboden;
- de expertise voor de zorg in de penitentiaire inrichtingen voldoet kwantitatief en kwalitatief aan het niveau dat de bijzondere populatie en de problematiek vereisen;
- er wordt optimaal gebruik gemaakt van de wettelijke mogelijkheid voor overplaatsing, externe zorgverlening tijdens detentie en continuering daarvan na detentie;
- er is een optimale inzet van de ggz in de penitentiaire inrichtingen en mogelijkheden voor doorstroming vanuit detentie naar de ggz zijn structureel aanwezig;
- de ggz is qua beveiligingsniveau in staat justitiabelen met een stoornis opvang te bieden.

12) Zo adviseert de arts aan de directeur van de penitentiaire inrichting bij het nemen van bepaalde beperkende maatregelen, zoals bij afzondering langer dan 24 uur (art. 24.6 Pbw) en het gebruik van mechanische middelen (art. 33 lid 1, 2 en 3 Pbw).

13) Hierbij valt te denken aan de Wet beroepen in de gezondheidszorg, de Kwaliteitswet zorginstellingen en de beroepscodes voor de artsen, verpleegkundigen en psychologen.

5. Knelpunten in de kwaliteit en kwantiteit van de zorgverlening in detentie

5.1 Gedetineerden met een psychische stoornis

Prevalentie en zorgaanbod

Hoewel exacte cijfers ontbreken, valt in de laatste decennia een toename van het aantal gedetineerden met een psychische stoornis te constateren. De zwaarste categorie wordt gevormd door de psychotische stoornissen, in het bijzonder de schizofrene psychose, de affectieve psychosen (zoals de bipolaire stoornis en de psychotische depressie) en de drugpsychosen. Van deze is ongetwijfeld schizofrenie in ernst, duur en invalidatie de meest ingrijpende. Bovendien gaat schizofrenie vaak samen met enige vorm van verslaving en/of andere psychiatrische stoornissen of handicaps. Adequate zorg voor psychotici veronderstelt betrokkenheid en supervisie van een psychiater.

Uit wetenschappelijk onderzoek is bekend dat ongeveer 6% van de gedetineerden bekend is met psychotische stoornissen¹⁴. Op 17600¹⁵ gedetineerden betekent dit een aantal van ruim duizend. Maar ook andere psychische stoornissen, zoals seksuele stoornissen, autistische stoornissen, verstandelijke handicaps, stoornissen als gevolg van neurologische problematiek, posttraumatische stressstoornissen en ADHD komen veelvuldig onder de gedetineerden voor¹⁶. Ongeveer de helft van de populatie kenmerkt zich door een antisociale persoonlijkheidsproblematiek¹⁷. Bij tussen de 14 en 35% van de gedetineerden is depressiviteit aangetroffen. Daarnaast bestaat de populatie van de bijzondere voorzieningen (iba's, bza's) voor 20% uit verstandelijk gehandicapten.

Ruim 30% van de gedetineerdenpopulatie heeft een niet-Nederlandse nationaliteit. Ook onder deze categorie komen psychische stoornissen voor. In de praktijk blijkt dat de medische zorgverlening vooral aan gedetineerden van niet-Europese herkomst door een aantal factoren wordt bemoeilijkt. Zo hebben deze gedetineerden vaak een andere ziektebeleving en vormen taalproblemen en communicatiestoornissen een

14) Bulten en Van Kordelaar in E.R. Muller en P.C. Vegter, a.w.

15) Volgens het Centraal Bureau voor de Statistiek zaten er op 30 september 2005 17600 gedetineerden in de penitentiaire inrichtingen. CBS Webmagazine 7 augustus 2006.

16) Eindverslag werkgroep doelgroepenanalyse DJJ, april 2006. Zie ook Bulten en Van Kordelaar in E.R. Muller en P.C. Vegter, a.w.

17) Bulten en Van Kordelaar in E.R. Muller en P.C. Vegter, a.w. en tevens Gezondheidsraad in 'Preventie en behandeling van de antisociale persoonlijkheidsstoornis,' nr. 2006/07 Den Haag. De Gezondheidsraad constateert dat de prevalentie van de antisociale persoonlijkheidsstoornis in de gevangenissen en tbs-klinieken een stuk hoger ligt dan in de samenleving. Ook de combinatie van deze stoornis met verslaving komt veel voor.

belemmering voor het verlenen van goede zorg. Deze gedetineerden hebben daarnaast vanuit hun cultuur vaak verwachtingen van de zorg die niet aansluiten op hetgeen in Nederland gebruikelijk is¹⁸.

De passanten met de maatregel tbs met bevel tot verpleging en de passanten met de maatregel tot plaatsing in een psychiatrisch ziekenhuis vormen een aparte zorgbehoevende categorie. Naarmate de detentie langer duurt zal de (kans op) aantasting van het geestelijk welzijn toenemen. In verschillende onderzoeken is in dit verband gewezen op het bestaan van onzichtbare psychische problemen, met name bij langgestraften. Gedacht kan worden aan depressie, suïcidaliteit en persoonlijkheidspathologie. In verschillende onderzoeken zijn bijzondere probleemgroepen van gedetineerden aangewezen, zoals de groep gedetineerden met onberekenbaar gedrag, die impulsief-agressief reageren¹⁹. Het niet zichtbaar worden van de achterliggende problematiek hangt voor een deel samen met het gevangensklimaat.

Ter illustratie: uit het toezichtbezoek aan de p.i. De Boschpoort, Breda 24.9.04

Volgens de arts is de bza in de afgelopen vijf jaar veranderd in een psychiatrische afdeling: steeds vaker worden hier gedetineerden met een psychische stoornis, vooral met schizofrenie, geplaatst. Screening van gedetineerden met het oog op psychiatrische stoornissen en verslaving vindt plaats door een medische intake bij binnenkomst. De bza is altijd volledig bezet. Wegens capaciteitsgebrek op de bza blijven de minder problematische maar wel voor bza-plaatsing in aanmerking komende gedetineerden op reguliere afdelingen. De directie noemt de bza nu redelijk beheersbaar. Doorplaatsen van gedetineerden naar psychiatrische inrichtingen moeizaam.

Ter illustratie: uit het toezichtbezoek aan de p.i. Havenstraat, Amsterdam 23.4.'04

De bijzondere zorg afdeling (bza) vangt gedetineerden op met allerlei psychische en psychiatrische problemen. De capaciteit is niet toereikend: op de oostvleugel is provisorisch een aantal cellen ingericht voor bza-klienten. Diverse geledingen spreken over een toename van gedetineerden met niet één, maar vaak meer problemen en stoornissen. De inrichting beschikt over een globale, voorlopige inventarisatie van de psychopathologie binnen de Havenstraat. Er wordt voorzien in (psycho)medische zorg en zorgbehoevenden worden in het psychomedisch overleg (pmo) besproken. De Havenstraat werkt in verschillende projecten samen met GGz-instellingen om (na)zorg tijdens de detentieperiode voor specifieke doelgroepen te realiseren. De Raad waardeert de inzet van de medewerkers om de gedetineerden de psychomedische zorg te bieden die zij behoeven evenals de diverse inspanningen van de Havenstraat voor aansluiting van de zorg op vervolgvoorzieningen. Het interne psychomedische overleg en de samenwerkingsprojecten met zorginstellingen werpen hun vruchten af.

18) Post, M. Detentie en culturele diversiteit, Den Haag 2005. Ruim 10% (± 1800) van de gedetineerden is afkomstig uit landen buiten Europa, een onbekend deel van hen kampt met psychische problematiek en/of verslaving.

19) Rook, A., Probleemgroepen in de inrichtingen voor langgestraften: een inventarisatie, WODC, Den Haag 1982. Bulten, B.H., Gevangen tussen straf en zorg, Den Haag 1998. Het aantal bza-plaatsen is niet exact bekend; elke gesloten penitentiaire inrichting heeft een bza. Volgens 'Zorg om Zorg', DJI 2001 waren er destijds 550 bza-plaatsen; volgens de werkgroep Doelgroepenanalyse van de DJI bedroeg het aantal plaatsen in de overige 'bijzondere' afdelingen, zoals de iba's, biba's, foba, fsu's, laa en labg in 2006 samen 498 plaatsen.

Bevindingen en commentaar van de Raad

Het aantal plaatsen op de bijzondere afdelingen (bza's, iba's, forensische observatie- en begeleidingsafdeling (foba) etc.²⁰). bedraagt ruim 1000. Gelet op de hierboven geschetste prevalentiecijfers moet het aantal gedetineerden met een stoornis deze capaciteit ruim te boven gaan. Tijdens de toezichtbezoeken van de Raad is dit van verschillende kanten bevestigd: er is onvoldoende plaats op de afdelingen voor bijzondere zorg. Behalve dit kwantitatieve knelpunt zijn er ook knelpunten van kwalitatieve aard. De populatie van deze afdelingen is vergelijkbaar met die van bepaalde afdelingen in de ggz. Hoewel het personeel van deze afdelingen het uiterste doet om adequate zorg aan de 'patiënten' te verlenen, is die zorg niet van hetzelfde niveau als in de ggz. Dat ligt vooral aan het ontbreken van voldoende psychiatrische deskundigheid op deze afdelingen. Een psychiater is vaak alleen op afroep beschikbaar en de afdelingsteams omvatten geen psychiatrisch verpleegkundigen. Hoewel de penitentiaire inrichtingswerkers aanvullende scholing hebben gevolgd, brengt deze hun deskundigheid nog niet op het vereiste niveau. Buiten het reguliere regime is het aantal foba-plaatsen niet voldoende om aan de voortdurende vraag naar crisisopvang te voldoen. Als gevolg daarvan verblijven gedetineerden met een acute stoornis in afwachting van plaatsing in de foba vaak lange tijd in afzondering. Anderzijds vormt de noodzaak om in de foba plaats te maken, vaak reden om foba-patiënten voortijdig naar de forensische schakelunits (fsu) over te plaatsen. Het Penitentiair Selectiecentrum is structureel onderbezet, hetgeen zich in het licht van de gesignaleerde schaarste aan behandelplaatsen moeilijk laat uitleggen. Voor zover de Raad bekend, is specifieke expertise op het terrein van de zorg aan gedetineerden met een niet-Nederlandse nationaliteit in de inrichtingen niet structureel aanwezig. Van structureel anticiperen op verborgen psychische problematiek, met name bij langgestraften is de Raad evenmin iets bekend. Tijdens de bezoeken is melding gemaakt van een aanzienlijk geneesmiddelengebruik (psychofarmaca) onder gedetineerden. Terwijl de behoefte aan deze medicatie in veel gevallen aanwezig is, kan bij weigering ervan de noodzaak van dwangmedicatie zich voordoen. De Pbw kent in artikel 32 de mogelijkheid om bij gevaar voor de gezondheid incidenteel met dwang in te grijpen. Naar de Raad is gebleken, wordt van deze mogelijkheid weinig gebruik gemaakt. Dit wordt bevestigd door onderzoek van DJI²¹, waaruit blijkt dat alleen in de foba het gebruik van dwangmedicatie wordt toegepast, omdat dit de enige penitentiaire inrichting is met een 24-uursbezetting van gekwalificeerde medische zorg, hetgeen een randvoorwaarde is voor het onder dwang toedienen van psychofarmaca. Zowel uit de tekst van art. 32 Pbw als uit de memorie van toelichting blijkt overigens dat met de regeling geen structurele dwangbehandeling wordt bedoeld, d.w.z. behandeling die zich over een langere periode uitstrekt in het kader waarvan meermalen dwangmedicatie kan worden toegediend. De Raad verwijst voor wat betreft zijn standpunt aangaande de toepassing van dwangbehandeling in de forensische psychiatrie naar zijn advies naar aanleiding van het rapport van de commissie-Visser²².

20) Het aantal bza-plaatsen is niet exact bekend; elke gesloten penitentiaire inrichting heeft een bza. Volgens 'Zorg om Zorg', DJI 2001 waren er destijds 550 bza-plaatsen; volgens de werkgroep Doelgroepenanalyse van de DJI bedroeg het aantal plaatsen in de overige 'bijzondere' afdelingen, zoals de iba's, biba's, foba, fsu's, laa en labg in 2006 samen 498 plaatsen.

21) 'Zorg om zorg', een inventarisatie van de knelpunten rond de zorg voor psychisch gestoorde gedetineerden, DJI maart 2001.

22) RSJ, Het tbs-stelsel na het parlementair onderzoek, advies van 13 oktober 2006.

5.2 Verslaafde gedetineerden

Prevalentie en zorgaanbod

Ongeveer de helft van alle gedetineerden is verslaafd en een deel van hen lijdt aan een combinatie van stoornissen van bijvoorbeeld verslaving en schizofrenie. Onder veelplegers wordt verslavingsproblematiek bij meer dan 70% geconstateerd²³.

Het beleid aangaande de verslavingszorg aan gedetineerden is kort geschetst als volgt.

In een aantal penitentiaire inrichtingen is een verslavingsbegeleidingsafdeling (vba) gevestigd. Plaatsing op een vba geschiedt op basis van vrijwilligheid. Van de gedetineerde wordt verwacht dat hij gemotiveerd en 'clean' is. Doelstelling van het verblijf op de vba is stabilisatie en motivering voor en toeleiding naar een extern behandelprogramma. De belangrijkste middelen die hiervoor worden ingezet zijn stelselmatige urinecontrole, voorlichting en groepsgesprekken.

'Echte' behandeling voor verslaving werd wel gegeven in de inrichtingen voor de maatregel strafrechtelijke opvang verslaafden (sov). Deze in 2001 ingevoerde maatregel was bedoeld voor verslaafden die meermalen waren veroordeeld voor drugverslavinggerelateerde delicten. De maatregel had als doelen het terugdringen van overlast door druggerelateerde delicten en het bieden van behandeling voor verslaving aan harddrugs. De deelnemers werden zonodig ontwend en kregen een behandelprogramma aangeboden.

Bij het sov-programma stonden de individuele verslavingszorg en hulpverlening centraal. Vooraf vond diagnose en selectie op geschiktheid voor het programma plaats. Het programma onderscheidde drie fasen van elk zes tot negen maanden: gesloten, half open en open. Tijdens het programma werd fasegewijs aandacht besteed aan verschillende levensgebieden:

- fase 1, gesloten opvang: werken aan fysieke verslaving, sociaal gedrag, eigen verantwoordelijkheid;
- fase 2, half open opvang (overdag 'buiten', 's nachts ingesloten): succesvol herintreden in de maatschappij oefenen vanuit een gestructureerde woon- en leefsituatie;
- fase 3, open opvang; de deelnemer woont met begeleiding zelfstandig in de maatschappij en brengt het geleerde in praktijk.

De maatregel kon maximaal 24 maanden duren. De rechter kon voortijdig de maatregel beëindigen als hij van oordeel was dat het voortduren ervan niet vereist was.

Nog voordat de (invoering van de) sov kon worden geëvalueerd²⁴ werd op 1 oktober 2004 de maatregel tot plaatsing in een inrichting voor stelselmatige daders (isd) van kracht, als opvolger van de sov. Deze maatregel strekt tot beveiliging van de maatschappij en de beëindiging van de recidive van de verdachte en is bedoeld voor meerderjarige veelplegers, die in relatief korte tijd meerdere delicten pleegden waarvoor veelal gevangenisstraffen werden opgelegd. Indien de verdachte verslaafd is (hetgeen geen vereiste is voor

23) Bieleman 1999, Wartna en Tolenaar, WODC, Den Haag 2004.

24) Een procesevaluatie verscheen pas in 2005: 'Opgevangen onder dwang', Procesevaluatie strafrechtelijke opvang verslaafden, Trimbosinstituut, Utrecht 2005. De centrale conclusie in dit onderzoek is dat de sov overhaast is ingevoerd, als gevolg waarvan enkele jaren na invoering de beoogde invulling nog niet gerealiseerd was. Een effectstudie over de sov zou in 2006 verschijnen.

oplegging van isd), dan wel te kampen heeft met een andersoortige (bijvoorbeeld psychiatrische) problematiek waarmee het plegen van strafbare feiten samenhangt, strekt de maatregel er ook toe een bijdrage te leveren aan de oplossing daarvan. Tenslotte bepaalt de wet dat de veiligheid van personen of goederen het opleggen van de maatregel dient te vereisen.

Anders dan bij de sov, die de geschiktheid voor deelname aan het verslavingsprogramma als eis kende, vormt de aanwezigheid van een psychische stoornis geen belemmering voor oplegging van een isd-maatregel. Daarmee wordt onderstreept dat de maatregel primair bedoeld is om de overlast en onveiligheid die door de veelplegers wordt veroorzaakt, terug te dringen.

Bij de preventief gedetineerde ten aanzien van wie overwogen wordt isd te vorderen, dient de reclassering een screening (RISc²⁵) af te nemen, die uitmondt in een advies aan de officier van Justitie. Met deze screening worden zowel de criminogene factoren bij de gedetineerde vastgesteld, als de mate waarin deze bereid en in staat is om aan gedragsinterventies deel te nemen. Het screeningsresultaat vormt de basis voor het programma dat de gedetineerde zou moeten volgen.

In de isd-inrichting worden motivatietraining en meer specifieke interventies aangeboden, zoals training cognitieve vaardigheden en agressiebeheersing. Anders dan bij de sov geldt dit aanbod niet voor alle gedetineerden, maar alleen voor hen die hiervoor gemotiveerd en geschikt zijn. Niet-geschikt en niet-gemotiveerd betekent dat men, in theorie althans, twee jaar in een isd-inrichting ingesloten is met een sober regime, zonder programma.

De plaatsing in een isd-inrichting en de vervolgvorzieningen geschieden zoveel mogelijk in de regio waar betrokkene woont. De isd-maatregel duurt in beginsel twee jaar, maar de rechter kan de maatregel tussentijds beëindigen als hij van oordeel is dat de verdere tenuitvoerlegging niet langer is vereist. Het eerste jaar verblijft men binnen, het tweede jaar is bedoeld voor resocialisatie buiten de inrichting.

Bevindingen en commentaar van de Raad

Terwijl de verslavingsgerelateerde criminaliteit en de prevalentie van verslaving onder gedetineerden groeien, nemen de mogelijkheden voor zorg aan verslaafden in detentie af. Voorts worden de bestaande mogelijkheden voor externe zorg onvoldoende benut²⁶.

Uit de toezichtbezoeken blijkt dat de vba's veelal niet meer als zodanig functioneren, terwijl uit het veld gemeld wordt dat deze voorziening nog niet kan worden gemist. Er is veel leegstand en de instroom vanuit de penitentiaire inrichtingen verloopt slecht²⁷. Het screenen en selecteren voor deze afdelingen geschiedt op een gebrekkige manier. De doelstelling de gedetineerde binnen enkele maanden voor te bereiden op

25) RISc staat voor Recidive InschattingsSchalen. Op basis van een inschatting van de kans op recidive, de criminogene factoren (schalen) die daaraan ten grondslag liggen en de responsiviteit (motivatie, leerstijl, persoonlijkheid) wordt bepaald welke gedragsinterventies de kans op recidive kunnen verkleinen.

26) Zie hiervoor hoofdstuk 6 en bijlage I.

27) Dit blijkt tevens uit het onderzoek van de Gezondheidsraad. Deze beval aan de mogelijkheden voor verbetering van het functioneren van de vba's te onderzoeken. Behandeling van drugsverslaafde gedetineerden, Gezondheidsraad 2002. Uit de toezichtbezoeken van de RSJ is niet gebleken dat dit advies is overgenomen.

externe zorg wordt nog nauwelijks waargemaakt. De vba's zijn vaak niet volledig met verslaafden bezet, hetgeen mede het gevolg is van de eis dat de gedetineerde clean moet zijn voordat hij in de vba kan worden opgenomen. In de praktijk wordt overigens met deze selectie-eis de hand gelicht. Een fasestructuur en een aanbod van op gedragsverandering gerichte interventies ontbreken.

Het sov-behandelprogramma bestond niet uit activiteiten, waarvan de recidivevoorkomende effectiviteit is aangetoond, zoals cognitieve gedragstherapie of interventies gebaseerd op de principes van de therapeutische gemeenschap. Daarentegen werden activiteiten aangeboden waarvan de bijdrage aan het voorkomen van recidive niet is aangetoond, zoals arbeid, groepsgesprekken over drugsgebruik, creatieve therapie en sociale vaardigheidstrainingen²⁸. Nazorg, huisvesting en het verkrijgen van een uitkering in de laatste fase bleken een groot probleem te vormen. Met name door het ontbreken van adequate nazorg viel het merendeel van degenen die het gehele programma voltooid hadden binnen enkele weken terug in het oude criminele gedrag. Het opgaan van de sov in de isd-maatregel geschiedde (zie hierboven) zonder voorafgaande evaluatie van de sov. Daardoor kon geen lering worden getrokken uit de ervaringen met de sov.

Een probleem bij de isd vormt dat (in tegenstelling tot de sov) ook niet-verslaafde veelplegers en personen met een psychische stoornis worden geplaatst. Het grote aantal gedetineerden in de isd met een psychische stoornis heeft het personeel aldaar verrast. Men was daar niet op voorbereid. De Raad is van mening dat de doorstroming naar een passende voorziening vanuit de isd extra aandacht behoeft, nu blijkt dat een groot percentage van deze populatie met (meervoudige) stoornissen bekend is. De interventies die in het kader van Terugdringen Recidive – overigens in wisselende mate – in de isd-inrichtingen worden geboden, voorzien niet in adequate zorg gericht op een psychische stoornis of een verslaving. Ook de op verslaving gerichte zorg is nog onvoldoende. Anders dan onder het sov-regime geldt voor de isd niet het uitgangspunt dat elke gedetineerde aan een behandelprogramma deelneemt; zodoende is de kans aanwezig dat isd-gedetineerden de twee jaar durende maatregel zonder adequate zorg uitzitten.

De Raad zal in een binnenkort uit te brengen advies over de isd nader op deze problematiek ingaan.

5.3 Het psycho-medisch overleg

Het zorgaanbod in de penitentiaire inrichting en de overplaatsing naar interne of externe voorzieningen komen via het psycho-medisch overleg (pmo) tot stand. Het pmo heeft als taak de individuele zorg van de inrichtingspsycholoog, forensisch psychiater, arts en verpleegkundige af te stemmen. In het pmo vormt het proces van individuele diagnostiek, indicatiestelling, advisering, behandeling en nazorg de rode draad²⁹. Het pmo coördineert de zorg en geeft adviezen aan het management als het tekorten in de zorg constateert.

28) Ook de Gezondheidsraad (2002) uitte deze kritiek. Het advies van de Beleidsgroep Justitiële Verslavingszorg: Interventies voor verslaafde justitiabelen (2004) geeft in matrixvorm een goed overzicht van bestaande interventies waarvan de effectiviteit ten aanzien van het verminderen van recidive wel wetenschappelijk is aangetoond.

29) Bulten en Van Kordelaar in E.R. Muller en P.C. Vegter, a.w.

Ter illustratie: uit het toezichtbezoek aan de p.i. De Geniepoort, Alphen aan de Rijn 10.3.04

Naar schatting zijn er 70 gedetineerden (21 % van de populatie) met psychische stoornissen (en verslaving) in Alphen. Stoornissen die vooral voorkomen zijn schizofrenie, paranoia, wanen, depressies, sociale angstincompetentie en groepsongeschiktheid. Signalering vindt plaats door het bsd (voorgeschiedenis), de intake, de medische dienst en de teams. Naar aanleiding van de signalen verzorgt de psychologe zo spoedig mogelijk een screening. De diagnose wordt vervolgens gesteld in samenspraak met de psychiater en bekrachtigd in het pmo. De psychologische dienst bespreekt in het pmo, naar aanleiding van een detentiebeeraad, de te volgen weg. Voor behandeling in De Waag (zeden en agressieregulatie) komen gemiddeld tien gedetineerden per jaar in aanmerking.

In geval van ernstige stoornissen worden gedetineerden ter stabilisatie en advisering tijdelijk naar de foba overgeplaatst (gemiddeld zes per jaar). In 2003 kwamen weinig doorplaatsingen naar iba en biba voor. Met de reclassering is afgesproken in 2004 het aantal Sova-trainingen en trainingen met agressiegroepen en zedengroepen uit te breiden. Over de bza-gedetineerden wordt wekelijks apart vergaderd, zowel in het hvb als in de gevangenis. De psychiater is in dienst van de FPD en is op afroep beschikbaar. Ook buiten werktijd kan de dienstdoend psychiater van de FPD opgeroepen worden. De psychologe vindt de formatie van 1,8 fte. toereikend. In 2003 was er, na het vertrek van een psychologe, onderbezetting. Dit wordt nu voor twee dagen per week opgevangen door een GZ-psychologe in opleiding. De psychologe stemt vaak met de medische dienst af welke gedetineerden zij met voorrang ziet. De wachttijd voor anderen kan dan wel eens vier weken of langer bedragen. De gedetineerden vinden dit bezwaarlijk.

Een goed functionerend pmo is derhalve voor de zorg aan gedetineerden met een stoornis van cruciaal belang. Daarnaast heeft het pmo een taak in het opleiden en coachen van het personeel dat een taak heeft in de begeleiding van gedetineerden met een stoornis. Het functioneren van het pmo staat in verschillende inrichtingen onder druk, hetzij door langdurige vacatures bij de psychologen, tekorten bij de medische dienst, veel wisselingen in of te weinig psychiatrische ondersteuning³⁰. Voorts veroorzaakt het groeiend aantal gedetineerden met psychische problematiek een taakverzwaring van het pmo; de capaciteit en de kwaliteit van het pmo is niet met de toename van de problematiek meegegroeid³¹. Het pmo kan voorts vaak niet of niet tijdig beschikken over informatie van andere instellingen over de ziektegeschiedenis van gedetineerden.

Ter illustratie: uit het toezichtbezoek aan de p.i.v. Zwolle, 19.1.'05

Het pmo heeft naar eigen zeggen te weinig kennis over de voorgeschiedenis van gedetineerden, terwijl er grote behoefte is aan dit soort gegevens. Alleen wanneer gedetineerden uit een andere p.i. komen, is deze informatie doorgaans in voldoende mate beschikbaar. De psychologen zeggen vanwege privacyregelgeving nauwelijks inzage te kunnen krijgen in relevante stukken over gedetineerden van bijvoorbeeld Pieter Baancentrum, rechtbanken en FPD's.

30) DJI, Jaarverslag monitoring (B)IBA 2004. Dit geluid werd tevens tijdens de toezichtbezoeken van de RSJ vernomen.

31) DJI, Zorg om zorg.

Het één en ander gaat ten koste van de zorgverlening aan de gedetineerden en de deskundigheidsbevordering en coaching van het personeel. De Raad beveelt aan te onderzoeken in hoeverre hier structurele oorzaken aan ten grondslag liggen.

6. Het gebruik van de wettelijke mogelijkheden voor de zorg buiten de penitentiaire inrichting

Er bestaan verschillende wettelijke mogelijkheden om gedetineerden met een stoornis zorg te bieden, al dan niet met een drang- of dwangkarakter. De Raad heeft de indruk dat een aantal daarvan³² in de praktijk minder wordt toegepast dan mogelijk is, dan wel dat er voor het gebruik ervan belemmeringen bestaan. Deze knelpunten doen zich voor tijdens de fase van preventieve hechtenis³³, tijdens de tenuitvoerlegging in de inrichting³⁴ en na detentie. Op de knelpunten die de Raad heeft geconstateerd in deze drie fasen wordt achtereenvolgens ingegaan.

6.1 Tijdens de preventieve hechtenis

De fase van de preventieve hechtenis zou meer moeten worden gezien als een goede gelegenheid om adequate zorg te starten. Detentie maakt de zorgmijdende psychisch gestoorden en verslaafden beter bereikbaar voor zorgverlening dan zij in de vrije maatschappij zijn. Als er sprake is van problematiek die zorg vereist dan dient deze, voor zover de strafvordering het toelaat, te prevaleren³⁵. Dat kan inhouden dat in detentie zorg wordt geboden, maar ook dat de gedetineerde naar de ggz worden overgeplaatst. De Raad meent dat de reclassering in deze fase van het strafproces een essentiële rol zou moeten vervullen ten behoeve van vroegtijdige toeleiding naar een zorginstelling. Wat de reclassering tijdens de preventieve hechtenis kan doen is thans echter beperkter dan gewenst. Tijdens de inverzekeringstelling kan vroeghulp door de reclassering voor justitiabelen met een stoornis onder andere resulteren in toeleiding naar zorg. Vanzelfsprekend moet daarvoor eerst worden vastgesteld dat er van een stoornis sprake is. De reclassering zou dit bij de afname van een RISC - het gestandaardiseerde onderzoek naar criminogene factoren - kunnen

32) Deze mogelijkheden zijn sinds de tachtiger jaren beperkt. Het aantal plaatsen in de psychiatrie en de verslavingszorg werd teruggebracht en de regionale normering verscherpt. Ondanks goede resultaten werden de mogelijkheden voor langdurige klinische behandeling (van onder meer de therapeutische gemeenschappen in Amsterdam en Rotterdam) vervangen door klinische voorzieningen met een kortere opnameduur. Voor ex-gedetineerden vervielen daarmee belangrijke resocialisatiemogelijkheden. Zie bijlage II: Ontwikkelingen in de behandeling van verslaafde justitiabelen.

33) Inclusief de periode van inverzekeringstelling.

34) De tbs wordt hier buiten beschouwing gelaten. Zie voor een overzicht van de strafrechtelijke mogelijkheden bijlage I.

35) P.A.M. Mevis, Gevangeniswezen, TBS en GGZ: 'Goede aansluiting, regievoering en verdere ontzuiling gewenst' Delikt en Delinkwent 2006, p. 50.

meenemen. Op dit punt liggen er echter enkele belemmeringen. Een dergelijk onderzoek kan alleen plaatsvinden op basis van een voorlichtingsopdracht van het OM. Voorts is de RISC-afname op zichzelf onvoldoende voor het bepalen van de aan- of afwezigheid van een psychische stoornis of verslaving. En tenslotte mist de reclassering op dit terrein specifieke deskundigheid. In de fase van de preventieve hechtenis ontbreekt het dus aan een structureel vangnet voor de justitiabelen met psychische stoornissen en verslaving. Verbetering zou gezocht kunnen worden in het versterken van de psychiatrische deskundigheid van de reclassering en vergroting van haar zelfstandigheid om onderzoek, rapportage en toeleiding tot zorg uit te kunnen voeren.

De justitiabele ervaart de periode waarin hij moet wachten op het vonnis als één van onzekerheid, spanning en zorg. Om (extra) psychische schade te voorkomen heeft de justitiabele dan ook baat bij een zo vlot mogelijke afhandeling van zijn zaak.

Bij een schorsing van de voorlopige hechtenis is het mogelijk voorwaarden te stellen waardoor de justitiabele 'gedrongen' wordt zorg gericht op zijn stoornis of verslaving te aanvaarden, intra- of extramuraal.

6.2 Tijdens de tenuitvoerlegging van een sanctie

Indien de uitspraak de opname in een behandelinstelling inhoudt, zoals bij oplegging van de maatregel ter beschikkingstelling met bevel tot verpleging en bij plaatsing in een psychiatrisch ziekenhuis (art. 37.1 Sr) dan vindt deze opname in veel gevallen pas na geruime tijd plaats. Intussen verblijft betrokkene als passant in een huis van bewaring en ontvangt hij niet de zorg die bij de stoornis past. Ook ingeval een behandeling is opgelegd als bijzondere voorwaarde bij een voorwaardelijk strafdeel moet de gestrafte niet zelden geruime tijd wachten voordat de behandeling aanvangt.

Behalve dat hierdoor tijd verloren gaat die voor zorgverlening had kunnen worden benut, werkt uitstel van opname demotiverend op de acceptatie van zorg bij de justitiabele. De oorzaak van dit knelpunt is meestal plaatsgebrek in de behandelinstelling; capaciteitsuitbreiding van de forensisch psychiatrische klinieken biedt hiervoor uiteindelijk de oplossing. Zolang deze niet is gerealiseerd zou het zorgaanbod aan passanten verbeterd moeten worden. De preklinische interventie die hiervoor is bedoeld, komt in de praktijk onvoldoende van de grond, zo constateerde de Raad bij zijn toezichtbezoeken. De Raad onderschrijft in deze de aanbeveling van de commissie-Vissers³⁶ om de mogelijkheden voor een behandelaanbod in detentie voor deze doelgroep te onderzoeken.

De Pbw kent verschillende mogelijkheden om de gedetineerde zorg buiten het basisregime te bieden. Die mogelijkheden behelzen zowel plaatsing op een speciale afdeling in het gevangeniswezen als overplaatsing naar een tbs-instelling, een psychiatrisch ziekenhuis of een verslavingsinstelling.

36) Eindrapport parlementair onderzoek tbs 'TBS, vandaag over gisteren en morgen', TK 2005-2006, 30250, nrs. 4 -5 (Aanbeveling 17).

Van de externe zorgmogelijkheden die de Pbw biedt wordt te weinig gebruik gemaakt, deels door de onbekendheid ervan bij de staf van de penitentiaire inrichtingen. Van het gebruik van artikel 13 Sr om gedetineerden met een stoornis over te plaatsen naar een tbs-inrichting wordt zelden of nooit gebruik gemaakt, waarschijnlijk als gevolg van het al jaren durende plaatsgebrek in de tbs. Ook doorplaatsing naar de reguliere ggz, zoals op grond van artikel 15.5 Pbw vindt in zeer geringe mate plaats³⁷. Hiervoor worden in de praktijk verschillende oorzaken genoemd: het betreft hier een lastige categorie, het reeds genoemde gebrek aan plaatsen in de ggz, de ggz acht zich onvoldoende in staat om met agressie en delictgevaarlijkheid om te gaan en de ggz is huiverig om ex-justitiabelen op te nemen wegens het ontbreken van een titel voor een eventuele terugplaatsing in detentie.

De Raad concludeert dan ook dat van structurele overgangsmogelijkheden vanuit detentie naar tbs en ggz geen sprake is. Detentie eindigt op deze manier vaak zonder dat adequate zorg is geboden. De penitentiaire inrichting is een opvangplek geworden voor velen met een stoornis en verslaving, zonder goede uitplaatsings-mogelijkheden, en krijgt zodoende steeds meer het karakter van een hogedrukpan, terwijl het onderdeel zou moeten zijn van een systeem van communicerende vaten. Dit te realiseren vereist mede dat het beveiligingsniveau in de ggz-inrichtingen zodanig wordt verhoogd dat een ongestoorde tenuitvoerlegging van de sanctie is gewaarborgd.

6.3 Na detentie

Wanneer alleen onvoorwaardelijke gevangenisstraf is opgelegd, is er na detentie geen titel meer om hem of haar met drang of dwang in zorg te houden, ook niet als er sprake is van een psychische stoornis en de noodzaak om zorg te bieden ter voorkoming van recidive. Een dergelijke titel bestaat wel als hierin is voorzien bij een gedeeltelijke voorwaardelijke vrijheidsstraf met bijzondere voorwaarden. Is evenwel langdurige zorg nodig, dan schiet de maximale termijn van de proeftijd meestal tekort. Hetzelfde geldt voor de binnen afzienbare termijn in te voeren voorwaardelijke invrijheidstelling³⁸. De Raad constateert hier een knelpunt, maar pleit niet voor het mogelijk maken van een langere proeftijd. Dit vraagt om een nadere beschouwing welke niet past niet in het kader van dit advies. Feit is wel dat de straftijd vaak te kort is om zorg effectief te laten zijn. Indien het aan medewerking van betrokkene ontbreekt, is (continuering van de) ggz-bemoeienis alleen mogelijk op basis van een Bopz-maatregel. In de praktijk vindt dit slechts bij uitzondering plaats. Vanuit de praktijk laten medewerkers en directies weten dat oplegging van een Bopz-maatregel vanuit een detentiesituatie een moeizaam proces is met formele vereisten waaraan moeilijk valt te voldoen. Onderzocht zou dan ook moeten worden of het verbeteren van de doorstroming naar de ggz van

37) In 2006 werden er 81 gedetineerden in de ggz geplaatst o.g.v. art. 15.5 Pbw. Aangemeld waren er 96. Bron: Nederlands Instituut voor Forensische Psychiatrie en Psychologie.

38) Wijziging van het Wetboek van Strafrecht en enige andere wetten in verband met de wijziging van de vervroegde invrijheidstelling in een voorwaardelijke invrijheidstelling, Tweede Kamer, vergaderjaar 2005-2006, 30 513. In het kader van de voorwaardelijke invrijheidstelling kan het volgen van een behandelingstraject als bijzondere voorwaarde worden opgelegd. De proeftijd is ten hoogste gelijk is aan de periode waarover voorwaardelijke invrijheidstelling wordt verleend met een minimum van een jaar.

ex-justitiabelen ook door aanpassing van de wet³⁹ kan worden bereikt. Continuïteit van zorg en van begeleiding van de gedetineerde door de verschillende zorgcircuits zou structureel gewaarborgd moeten worden. Bij of krachtens de wet kan worden bepaald, wanneer met diagnostiek is vastgesteld dat de gedetineerde lijdt aan een ernstige psychische stoornis of verslaving, bij wie de verantwoordelijkheid berust voor de zorg tijdens en na de detentie. Met een betere doorstroming kan gebroken worden met de praktijk waarin patiënten zonder afdoende behandeld te zijn de (ggz- of straf-) inrichting verlaten, met gevaar voor psycho-medische en criminele recidive. Vooralsnog komen als gevolg van bovengenoemde knelpunten veel ex-gedetineerden met een stoornis opnieuw in het strafrechtelijk circuit en zelfs de tbs terecht⁴⁰.

Er zijn wel voorbeelden van succesvolle behandeling van (ex-)justitiabelen in de ggz. In verschillende steden leveren forensische behandelcentra (van bijvoorbeeld De Waag) behandelprogramma's aan (ex-)gedetineerden en voorwaardelijk gestraften. Het gaat hierbij om ambulante behandeling van delinquenten met agressie- en zedenproblematiek. Andere ggz-instellingen bieden vergelijkbare programma's. De Raad constateert dat deze initiatieven op zichzelf succesvol zijn. Tegelijk moet erop gewezen worden dat de schaal waarop deze behandeling geboden wordt zeer bescheiden is: het gaat om slechts enkele tientallen gedetineerden.

Belangrijk is hier te vermelden dat een centrale regie ontbreekt die ervoor verantwoordelijk zou moeten zijn dat de justitiabelen die bij een vorm van behandelen in detentie baat hebben, ook worden aangemeld. In hoofdstuk 8 wordt hierop teruggekomen. Voorts laat de bekendheid van deze programma's binnen het gevangeniswezen nog te wensen over. 'Behandeling in detentie' verdient derhalve naast kwantitatieve uitbreiding ook centrale aansturing voor het gevangeniswezen.

39) Zie ook H.J.C. van Marle, 'Forensische zorg en forensische psychiatrie', Sancties 2006, p. 149-160. Van Marle pleit voor invoering van een nieuw 'forensisch zorgconcept', waarin langdurige controle en risicomanagement verankerd zijn en waarbij het idee van de autonome patiënt moet worden losgelaten.

40) Rapport van het parlementair onderzoek Tbs 2006; zie ook 'Tussen zorgen en begrenzen, over de aanpak van delictplegers met psychiatrische problemen', Raad voor Maatschappelijke Ontwikkeling 2005 en het advies van de Gezondheidsraad, 'De behandeling van drugsverslaafde gedetineerden', 2002.

7. Enkele mogelijkheden ter verbetering

In hoofdstuk 6 werd aandacht gevraagd voor mogelijke verbetering van de wettelijke regelingen met betrekking tot de zorg aan gedetineerden met een stoornis, en de mate waarin daarvan in de praktijk gebruik wordt gemaakt. Buiten een ruimer en beter gebruik van mogelijkheden die de wetgeving expliciet biedt, zijn maatregelen denkbaar voor een meer adequate zorg in en buiten detentie. Enkele daarvan zijn de volgende.

7.1 Detentie van gedetineerden met een psychische stoornis zoveel mogelijk voorkomen

De detentie op zichzelf en de omstandigheden waaronder deze ten uitvoer wordt gelegd blijken veelal ongeschikt om gedetineerden met een stoornis adequate zorg te kunnen verlenen. Het is zaak deze personen waar mogelijk buiten detentie te houden. Hiertoe dient om te beginnen het systeem van vervolging, berechting en tenuitvoerlegging zodanig te functioneren dat detentie voor deze categorie wordt voorkomen, dan wel zo spoedig mogelijk onderbroken, ten behoeve van externe zorgverlening. De Raad heeft in de praktijk enkele goed werkende projecten gezien. Zo werken in enkele arrondissementen politie, OM en ggz samen met als doel en resultaat dat patiënten die met de politie in aanraking zijn gekomen zoveel mogelijk in een zorgtraject worden geplaatst⁴¹. Afhankelijk van de ernst van het vergrijp en met medewerking van betrokkene wordt deze in een vorm van zorg-onder-drang gebracht. Deze samenwerking is lokaal succesvol, maar komt slechts op geringe schaal voor. Het is aan te bevelen deze samenwerking een landelijk en structureel karakter te geven.

7.2 Verbetering van de diagnostiek

Als een vrijheidsbenemende straf of maatregel is opgelegd, is vroegtijdige diagnostische screening op de behoefte aan zorg van beslissende betekenis om hiermee tijdig te kunnen starten. Hoewel elke gedetineerde wel medisch wordt onderzocht, vindt diagnosticering met het oog op een eventuele psychische stoornis of verslaving niet standaard plaats, terwijl de prevalentie van deze problematiek toeneemt. Idealiter zouden alle gedetineerden bij binnenkomst door een daartoe gekwalificeerde deskundige moeten worden gediagnosticeerd op tekortkomingen van psychische aard en verslaving. Daarvoor zullen de middelen momenteel ontbreken. In ieder geval zullen alle gedetineerden met een langere straf (in domein III volgens

41) Onder andere het project Psychiatrische patiënten in de Strafrechtsketen (PPSK), GGz regio IJsselland in samenwerking met het arrondissementsparket Zwolle.

de nieuwe opzet van het gevangeniswezen) op deze manier moeten worden gediagnosticeerd. Bij preventief gedetineerden (domein I) en kortgestraften (domein II) kan worden volstaan met een diagnostisch onderzoek als het gedrag en/of de voorgeschiedenis daar aanleiding toe geeft. Als de detentie te kort is voor een complete behandeling kan een behandelingsplan worden opgesteld dat later in het kader van een voorwaardelijk deel van de sanctie, dan wel op basis van vrijwilligheid ten uitvoer wordt gelegd. Daarnaast kan het uit veiligheidsoverwegingen nodig zijn een diagnose omtrent psychische problematiek vast te stellen.

7.3 Verbetering van het deskundigheidsniveau en de informatieoverdracht

Het één en ander vereist een hoger niveau van deskundigheid van het afdelingspersoneel en een adequaat functioneren van het psycho-medisch overleg (pmo). Bekend is dat de disciplines van psycholoog en psychiater vaak langdurige vacatures kennen. Dit werkt ten nadele van het functioneren van het pmo en daarmee van het regelen van adequate zorg.

Een ander punt van aandacht vormt de vaak gebrekkige informatieoverdracht over gedetineerden met een stoornis tussen de verschillende instanties in de strafrechtsketen en ook tussen de inrichtingen onderling. Ook daardoor komt adequate zorg moeilijk op gang.

7.4 Participatie van de ggz

De zorg in detentie zou kunnen worden versterkt door de ggz daadwerkelijk in een vroegtijdig stadium in de zorg binnen de penitentiaire inrichting te laten participeren. Nog niet zo lang geleden waren in de penitentiaire inrichtingen instellingen voor verslavingszorg actief met als doel gedetineerden met een verslaving te informeren over en te motiveren voor een zorgtraject, dat ook na detentie kon worden voortgezet. Analoog daaraan zou de ggz een structureel aanbod kunnen doen in de penitentiaire inrichtingen. De drempel naar de ggz met het oog op nazorg wordt daarmee tevens geslecht. Hiermee wordt tegemoet gekomen aan de in de praktijk gevoelde behoefte aan continuïteit van zorg (par. 6.3).

8. De financiering en standaardisering van de zorg

De regering heeft de voorstellen van de commissie-Houtman⁴² in grote lijnen overgenomen. Kort samengevat zijn deze voorstellen, voor zover relevant voor het gevangeniswezen de volgende:

- het zorgaanbod in Justitieel kader moet worden uitgedrukt in het begrippenkader van de ggz: diagnosebehandelcombinaties en intramurale zorgarrangementen;
- ketensamenwerking moet op verschillende niveaus worden bevorderd, onder meer door een cliëntvolgsysteem in te voeren;
- sturing op volume is noodzakelijk, maar omdat de instroom in Justitieel kader gebaseerd is op het rechterlijk vonnis, valt deze niet te beïnvloeden; sturing kan wel worden uitgeoefend op preventieve maatregelen;
- het creëren van een apart budget voor zorg in een Justitieel kader, door overheveling van het AWBZ-budget voor de forensische psychiatrie naar de Justitiebegroting.

De Raad ondersteunt de voorstellen op hoofdlijnen.

Op het punt van de inkoop van ggz-zorg en de acceptatieplicht van ggz-instellingen spreekt het advies van de commissie-Houtman klare taal. Justitie krijgt de financiën om zorg in te kopen. Positief daaraan acht de Raad dat daarmee de verantwoordelijkheid van Justitie voor adequate zorg aan gedetineerden met een stoornis wordt benadrukt. Aan de andere kant moet worden benadrukt dat de overheveling van dit budget naar Justitie de ggz geenszins ontheft van haar verantwoordelijkheid voor de zorg aan elke psychiatrische patiënt, ongeacht of deze met de strafrechter in aanraking is geweest. Dat psychiatrische patiënten in detentie belanden dient als een abnormaliteit beschouwd te blijven.

De opnameplicht voor de ggz-instellingen wordt uitgebreid met de categorie personen aan wie tbs met voorwaarden is opgelegd. In de huidige situatie hebben de tbs-klinieken een acceptatieplicht voor terbeschikkinggestelden met dwangverpleging. De forensisch psychiatrische klinieken (fpk's) en forensisch psychiatrische afdelingen (fpa's) hebben een dergelijk plicht voor de patiënten die een maatregel ex art. 37 Sr tot plaatsing in het psychiatrisch ziekenhuis opgelegd kregen. De Raad is van mening dat aan een tweetal aanvullende voorwaarden moet worden voldaan, wil de acceptatieplicht aan haar doel beantwoorden. In de eerste plaats is het noodzakelijk dat de plaatsingscapaciteit wordt uitgebreid; zonder voldoende capaciteit blijft de acceptatieplicht voor het hiervoor belichte passantenprobleem (van tbs-gestelden en personen met een art. 37 Sr-maatregel in de huizen van bewaring) zonder betekenis.

42) Advies Interdepartementale werkgroep besturing en financiering van zorg in Justitieel kader (Commissie-Houtman), bijlage bij TK 2004-2005 29452, nr. 43.

In de tweede plaats is het voor een effectief functioneren van deze opnameplicht van cruciaal belang dat er een centraal orgaan komt, onafhankelijk ten opzichte van de penitentiaire inrichtingen en de ggz-instellingen, dat verantwoordelijk is voor de indicatiestelling en plaatsing. Dit orgaan dient niet alleen te beschikken over de deskundigheid om te kunnen beoordelen welke zorg aangewezen is; ook dient dit orgaan de geëigende plaats aan de justitiabele met een psychische stoornis binnen het gevangeniswezen of de ggz toe te wijzen. Ook zou het orgaan belast kunnen worden met een snelle her- en terugplaatsing als de plaatsing mislukt. Een dergelijk centraal orgaan zou door de ministeries van Justitie en VWS moeten worden geëquipeerd en bestaan uit terzake kundigen in een multidisciplinaire samenstelling.

De Raad onderschrijft het advies van de commissie-Houtman om de zorg te modelleren volgens de landelijke zorgstandaards en te laten voldoen aan landelijke kwaliteitsnormen. De winst daarvan is vooral dat daardoor de vorm, inhoud en kwaliteit van de zorg in alle fasen overeen kunnen komen: in detentie, binnen een intramurale ggz-instelling en bij ambulante nazorg, hetgeen voor de continuïteit van de zorg van essentieel belang is.

Ook kan de Raad zich erin vinden dat de financiering van de gehele zorg aan de doelgroep in één hand komt te liggen. Hij plaatst daarbij wel een kanttekening. In de huidige voorstellen van de commissie-Houtman komen ex-gedetineerden met een stoornis niet in aanmerking voor vergoeding van een forensische behandeling. Voorkomen moet worden dat ex-gedetineerden een in detentie gestarte behandeling niet afmaken omdat daarvoor geen financiële basis meer bestaat. Daarom zou de grondslag voor de vergoeding van forensische behandeling moeten worden verbreed met de groep van ex-gedetineerden die bij beëindiging van de strafrechtelijke titel in een behandeltraject zitten en voor wie het noodzakelijk wordt geacht dit traject af te maken⁴³.

43) H.J.C. Van Marle, *Forensische zorg en forensische psychiatrie, Sancties 2006*, p. 149-160.

9. De Nieuwe Inrichting en Detentie en Behandeling op Maat volwassenen

Eind 2003 presenteerde de Dienst Justitiële Inrichtingen een nieuwe visie : De Nieuwe Inrichting⁴⁴. Het doel daarvan is om het uitvoeren van vrijheidsstraffen en -maatregelen efficiënter, effectiever en vraaggestuurd te maken. Onder de noemer Detentie en Behandeling op Maat Volwassenen (DBM-v) zal per gedetineerde meer worden gedifferentieerd naar beveiligingsniveau, programma en zorg dan thans het geval is. Centraal staan daarbij de hoofddoelen uit het programma Modernisering Sanctietoepassing (MST): verhogen van de veiligheid in de samenleving en herstel van de rechtsorde. Binnen het concept DBM-v worden gedetineerden voortaan ingedeeld op basis van hun verblijfsduur en hun juridische titel. Daarbij worden verschillende doelgroepen of (sub)domeinen onderscheiden: de domeinen preventieven, kortverblijvenden en langverblijvenden en de subdomeinen vrouwen en strafrechtelijke vreemdelingen.

9.1 Het DBM-v-beleid in grote lijnen

In het DBM-v-beleid wordt onderscheid gemaakt tussen drie groepen gedetineerden en corresponderend daarmee wordt het gevangeniswezen verdeeld in drie ‘domeinen’. Bepalend voor de plaatsing van de gedetineerde in een van deze domeinen zijn de juridische titel en de (resterende) verblijfsduur in het gevangeniswezen. De indeling in categorieën werkt door in verschillende aspecten van de detentie, het dagprogramma en de beveiliging. Uitgangspunt is dat preventief gedetineerden zoveel mogelijk worden geplaatst in het arrondissement waar de rechtszaak dient en de overige gedetineerden in de regio, waar zij na detentie naar terugkeren. Kortverblijvenden zullen in een aantal landelijk gespreide bovenregionale voorzieningen worden geplaatst. Aangezien het aantal vrouwen in detentie te beperkt is om in alle inrichtingen afdelingen voor vrouwen te realiseren, worden de vrouwen geplaatst in een aantal landelijk gespreide inrichtingen. In de vrouweninrichtingen zullen dan ook zowel preventieven als kort- en langgestraften worden geplaatst.

Domein I is bestemd voor de preventief gedetineerden. Het beschikbaar houden van de preventief gedetineerde ten behoeve van het strafproces is de belangrijkste opdracht voor de inrichtingen in dit domein. Het regime is basaal van opzet en omvat activiteiten als recreatie, sport, geestelijke verzorging, bezoek en verblijf in de buitenlucht. De kortverblijvenden – met een (rest)straf van maximaal vier maanden – komt in domein II. Hier staat de tenuitvoerlegging van de straf voorop. Het regime omvat het basisdagprogramma, waarnaast praktische ondersteuning wordt geboden bij de voorbereiding op de terugkeer in de samenleving. Domein III is bestemd voor de langgestraften, te weten de gedetineerden met

44) Voor de stand van zaken zie p. 4 van dit advies.

een straf(restant) van meer dan vier maanden. Gedetineerden in dit domein kunnen, indien zij voldoende geschikt en gemotiveerd zijn bevonden, in aanmerking komen voor een aanbod van gedragsinterventies. Het personeel wordt getraind om de gedetineerden te stimuleren deze mogelijkheden tot gedragsverandering aan te grijpen.

In elk domein wordt een extra zorg-voorziening (ezv) gerealiseerd, te vergelijken met de bestaande bijzondere zorgafdelingen. Deze dienen voor de opvang van kwetsbare gedetineerden ter voorkoming van detentieschade.

Daarnaast wordt er in het zogenaamde 'subdomein bijzondere groepen' per regio een penitentiaire inrichting bestemd en aangepast voor de opvang en zorg van gedetineerden voor wie, onder meer wegens hun stoornis, het normale regime niet geschikt is. Naast gedetineerden met een stoornis gaat het hier om gedetineerden met extra veiligheids- en beheersrisico's. De doelgroep wordt gevormd door de huidige populatie van de bijzondere afdelingen⁴⁵.

9.2 Commentaar van de Raad

Verbetering van de diagnostiek en behandelaanbod in alle domeinen

Zoals nu in de huizen van bewaring zorgwekkend grote aantallen zorgbehoevende personen worden aangetroffen die zonder adequate hulp alleen maar ernstiger gaan disfunctioneren en die prognostisch in een steeds ongunstiger situatie geraken, zal dat ook in domein I naar verwachting het geval zijn. Daarom moet elke gedetineerde in dit domein naar het inzicht van de Raad een zorgvuldige diagnostiek en screening ondergaan⁴⁶. Voor het verrichten van goede diagnostiek is het noodzakelijk dat de daartoe benodigde kennis en inzichten daadwerkelijk op de werkvloer beschikbaar zijn. Dit vereist niet alleen dat het personeel dat de gedetineerden dagelijks begeleidt geschoold is in het herkennen van basale psychopathologie, maar ook dat er een getrapte 'back-up' is van psychiatrisch verpleegkundige, klinisch-psychologische en psychiatrische expertise, die zo nodig ter plaatse kan worden ingezet. Als hierin wordt voorzien, kan bijtijds worden ingegrepen en kunnen de gedetineerden met een psychische stoornis en de (grotere groep) psychisch kwetsbare gedetineerden worden herkend. Vervolgens kan, voor zover de strafvordering dat toelaat, worden nagegaan of de gedetineerde voldoende gemotiveerd en geschikt is om extern zorg te ontvangen. Medewerkers van zorginstellingen kunnen hiertoe (gelet op de doorstromingsnelheid bij voorkeur wekelijks) voorlichtingsbijeenkomsten aan de gedetineerden verzorgen.

45) Zoals de individuele begeleidingsafdelingen, de forensische schakelunits, de bijzondere zorgafdelingen en de verslavingsbegeleidingsafdelingen.

46) Indien blijkt dat sprake is van een verslaving aan heroïne of methadon zal door de arts moeten worden nagegaan of methadon moet worden voorgeschreven; bij alcoholverslaving dient te worden nagegaan of medicatie noodzakelijk is ter bestrijding van onthoudingsverschijnselen.

De vraag of de gedetineerde, met gebruikmaking van de wettelijke mogelijkheden (zoals schorsing preventieve hechtenis en overplaatsing op grond van artikel 43 lid 3 Pbw) externe zorg zou moeten ontvangen, zou in de organisatie ingebed moeten zijn.

In de inrichtingen voor stelselmatige daders, die een onderdeel zullen vormen van domein III, zal een op onderzoek gebaseerd behandelprogramma en een goed aansluitend nazorgprogramma moeten worden geboden, het een en ander in de vorm van gestructureerde dagprogramma's. Deze zouden gericht moeten zijn op de specifieke behoeften van de gedetineerden met een stoornis. Het fragmentarisch aanbieden van modules met interventies uit het programma Terugdringen Recidive, zonder een dagelijkse follow-up gedurende het verblijf in detentie is volstrekt onvoldoende om enig langdurig succes te kunnen bereiken. Voor de kort- en langgestraften bij wie eerst in domein II of III een stoornis manifest wordt, geldt uiteraard ook dat zij als patiënt moeten kunnen worden herkend en adequaat moeten worden behandeld, intern of zonodig extern. Om die reden wordt aanbevolen ook de gedetineerden die bij plaatsing in domein II of III nog niet de hiervoor genoemde screening hebben ondergaan, alsnog te screenen. In domein II zou een eerste aanzet voor een behandelprogramma mogelijk moeten zijn.

Tenslotte herhaalt de Raad zijn onder 5.3 verwoorde aanbeveling om het psycho-medisch overleg te versterken. Ook in De Nieuwe Inrichting is een goed functionerend pmo cruciaal voor de zorgverlening aan gedetineerden.

Extra zorg-voorzieningen

Het voornemen om in elk domein een ezv te realiseren wordt toegejuicht. Uit de documentatie over De Nieuwe Inrichting en Detentie en Behandeling op Maat maakt de Raad op dat deze afdelingen de bestaande bza's moeten vervangen. Hiervoor is opgemerkt dat de populatie van deze afdelingen in veel gevallen de vergelijking met die van een afdeling in een psychiatrisch ziekenhuis blijkt te kunnen doorstaan. In het algemeen lijkt het deskundigheidsniveau van de medewerkers van deze afdelingen niet in overeenstemming met de zwaarte van de problematiek van de populatie. Daarom beveelt de Raad aan, aan het deskundigheidsniveau van de medewerkers van de extra zorg-voorzieningen hogere eisen te stellen dan thans in de documentatie wordt weergegeven⁴⁷.

De Raad mist in de basisdomeinen, maar ook in de opzet van de ezv, een gerichte aanpak van verslaving, dan wel voorbereiding op externe verslavingszorg. Nu de vba in de nieuwe situatie niet terugkeert, worden in de basisdomeinen geen aparte afdelingen voor verslaafden voorzien. Het aantal verslaafden zal naar verwachting toenemen, waarbij een verschuiving kan worden geconstateerd van heroïne naar cocaïne als meest gebruikte drug. Een specifiek op de verslaafde gedetineerden gericht aanbod kan daarom in de basisdomeinen niet gemist worden. Een groot aantal verslaafde gedetineerden zal in een - tot domein III behorende - isd-inrichting verblijven; verwacht mag worden dat daar adequate verslavingszorg zal worden geboden, al laat de huidige situatie in de isd op dit punt nog te wensen over. Daarom zullen met name voor domein II aanvullende maatregelen genomen moeten worden. Voor effectieve verslavingszorg in detentie is het noodzakelijk dat deze in een drugsvrije omgeving plaatsvindt, zoals de vba beoogde te bieden.

47) Van Basiszorg naar Penitentiaire Zorg, DJI 2006.

Daarom pleit de Raad ervoor om voor verslaafde gedetineerden drugsvrije afdelingen te organiseren⁴⁸ dan wel ervoor te zorgen dat de ezv drugvrij is en zorg in te kopen bij de verslavingsklinieken. Verslaafden zouden daar geplaatst moeten worden onder de voorwaarde dat zij geregeld urinecontrole ondergaan. Eventueel zou hen methadon verstrekt moeten worden⁴⁹. Hierdoor kan een betere voorbereiding plaatsvinden op (intramurale) zorg na detentie.

Bij ontbreken van motivatie en wanneer alleen stabilisatie of een palliatieve benadering mogelijk is, kan overplaatsing naar een passende voorziening achterwege blijven.

Subdomein bijzondere groepen

In het verleden zijn vaak nieuwe zorgprojecten en detentievormen waarin de zorg centraal staat, gestart zonder dat daaraan wetenschappelijk onderzoek naar de effectiviteit werd verbonden⁵⁰. Dit was onder meer het geval met de start van de jovo-afdelingen en de invoering van de sov- en de isd-maatregelen. De Raad pleit voor een betere, wetenschappelijk onderbouwde voorbereiding bij de invoering van dergelijke nieuwe zorgmodaliteiten. De effectiviteit van de zorg die in dit domein wordt gegeven, aan zowel verslaafden als gedetineerden met een andere stoornis, zal wetenschappelijk aangetoond moeten zijn en moeten voldoen aan de geldende standaards. In de VS en Engeland is de effectiviteit van therapeutische gemeenschappen voor verslaafden met aansluitende nazorg aangetoond. Daarom zou deze gestructureerde en groepsgerichte behandeling zeker een apart onderdeel moeten zijn van de behandel mogelijkheden in de inrichtingen voor bijzondere groepen⁵¹.

Daarnaast pleit de Raad voor optimale differentiatie naar stoornis en behandelaanpak tussen de op te richten bijzondere zorginrichtingen. Daarbij verdient het aanbeveling de afdelingen voor verslavingszorg zoveel mogelijk gescheiden te houden van die voor de overige gedetineerden met een psychische stoornis. Vermenging van ernstig psychisch gestoorde gedetineerden met verslaafden leidt in de praktijk tot beheersproblemen. Verslaafden kunnen zich sterk manipulatief gedragen, terwijl ernstig psychisch gestoorde juist sterk beïnvloedbaar zijn. Het is daarom nodig om de laatstgenoemde groep in bescherming te nemen tegen de eerstgenoemde. De bestaande wettelijke mogelijkheden voor overplaatsing en externe zorg zoals hierboven beschreven dienen behouden te blijven, ten behoeve van de zorg van gedetineerden die in deze inrichtingen niet afdoende kunnen worden geholpen.

48) Ook de Stichting Verslavingszorg GGZ (SVG) is hier voorstander van, zo bleek uit het overleg van de RSJ met de SVG.

49) Bij een kortere detentie dan zes maanden zal een voorafgaand aan de detentie bestaande methadonverstrekking als regel moeten worden voortgezet. In domein III acht de Raad wegens de langere detentie voortzetting van methadonverstrekking als 'harm reduction' niet zinvol, tenzij dit reeds vóór detentie was geïndiceerd.

50) Het rapport 'De effectiviteit van justitiële maatregelen in de verslavingszorg' (Koeter en Van Maastricht 2005) vermeldt dat van de vele internationale interventies op dit gebied de effectiviteit wetenschappelijk nog niet is aangetoond.

51) Onderzoek in de Verenigde Staten toonde een afname van recidive aan in het eerste jaar na detentie van 79% naar 24% bij verslaafde gedetineerden na behandeling in therapeutische gemeenschappen met nazorg na detentie (Wexler, 2006). Ook in Nederland is het therapeutische gemeenschapsmodel succesvol gebleken, zoals in de Emiliehoeve (Kooyman, 1992), Triple-Ex (Vermeulen c.s. 2000) en de Breegweestee. Bij het opzetten van behandelprogramma's tijdens detentie, gebaseerd op het therapeutische gemeenschapsmodel, kan van deze ervaringen gebruik worden gemaakt.

10. Epiloog

De opdracht aan het gevangeniswezen om de detentie mede dienstbaar te maken aan de terugkeer van de gedetineerde in de samenleving wordt, waar het gaat om het verlenen van adequate zorg aan gedetineerden met een stoornis, nog onvoldoende waargemaakt. Daarmee blijft het recidiverisico bij deze groep groot.

De Raad sluit af met de slotsom dat er redenen zijn om de zorg aan justitiabelen met een psychische stoornis te verbeteren, en dat daarvoor ook kansen bestaan. Deze liggen op de terreinen van wetgeving, van de kwaliteit en kwantiteit van de geboden zorg en van de organisatie daarvan op landelijk en inrichtingsniveau. De wettelijke mogelijkheden voor externe zorg en voor continuering van zorg na detentie worden niet voldoende benut. Dat geldt ook voor de geneeskundige ingreep onder dwang (art. 32 Pbw). Onderzocht zou moeten worden in hoeverre in de praktijk behoefte bestaat om dit middel vaker toe te passen en welke (wettelijke) maatregelen nodig zijn om dit te realiseren.

De gedragskundige expertise in de penitentiaire inrichtingen verdient verbetering, in kwantitatief en kwalitatief opzicht: de capaciteit van de bijzondere afdelingen sluit niet aan bij de behoefte. Naar de Raad meent, verdient de psychiatrische discipline versterking. Diagnostiek en informatieoverdracht aangaande de ziektegeschiedenis zouden moeten worden gestructureerd.

De voorstellen van de commissie-Houtman dragen in belangrijke mate bij aan verbetering van de condities voor de zorg, maar zouden op enkele punten nog kunnen worden toegespitst. Zo acht de Raad een centrale regie voor indicatiestelling en plaatsing geboden. De financiering van de forensische zorg blijft in de voorstellen van de commissie-Houtman afhankelijk van een justitiële titel. Daarom zal de betaling van deze zorg aan ex-justitiabelen moet worden gegarandeerd.

De plannen in het kader van De Nieuwe Inrichting behoeven volgens de Raad aanvulling om deze zorg ook in de nieuwe situatie in alle domeinen naar behoren te regelen. De knelpunten die de Raad in de huidige situatie constateert worden door deze plannen nog niet opgelost. Voor de mogelijkheden voor verbetering zij verwezen naar het voorgaande.

In de samenvatting en conclusies (paragraaf 1) en de aanbevelingen (paragraaf 2) is het bovenstaande uitgewerkt.

Bijlage I. Overzicht strafrechtelijke ingangen voor zorg (excl. tbs)

Fase justitiële traject	Strafrechtelijke mogelijkheid ⁵²	Vrijwillig, drang of dwang ⁵³
inverzekeringstelling voorlopige hechtenis	vroeghulp - voorwaardelijk sepot (art. 167 Sv) - schorsing voorlopige hechtenis onder voorwaarden (art. 80 Sv) - aanhouding van de zitting/uitstel van vonniswijzing (artt. 281 en 346 Sv)	vrijwillig drang
oplegging straf of maatregel	- opleggen van (gedeeltelijk) voorwaardelijke straf met als bijzondere voorwaarde een hulpverleningstraject (artt. 14a en 14c Sr) - plaatsing in een inrichting voor stelselmatige daders, duur twee jaar (art. 38m_u Sr) - plaatsing voor een jaar in psych. zkh. (art. 37 Sr)	dwang
tenuitvoerlegging van straf of maatregel	- geneeskundige ingreep (art. 32 Pbw) - overplaatsing naar tbs-inrichting, resp. psych. zkh. bij ps. stoornis (art. 13, resp. 15.5 Pbw)	dwang
	- plaatsing in verslaafdenbegeleidingsafdeling (vba) in de penitentiaire inrichting - deelname zorgtraject buiten de p.i. in daartoe bestemde instelling (art. 43 Pbw) - deelname aan penitentiair programma (art. 4 Pbw)	drang
na detentie	- bijzondere voorwaarden bij gratieverlening (art. 13 Gratiwet) - bijzondere voorwaarden bij voorwaardelijke invrijheidsstelling (wetsvoorstel in voorbereiding)	drang

52) N.b.: de weergave van de wetsartikelen is niet uitputtend.

53) Drang veronderstelt de instemming van betrokkene.

Bijlage II. Ontwikkelingen in de behandeling van verslaafde justitiabelen

Uit de ontwikkelingen in de behandeling van verslaafde justitiabelen vanaf de jaren tachtig van de vorige eeuw valt lering te trekken.

De nadruk bij de aanpak van de drugproblematiek verplaatste zich vanaf de jaren tachtig van behandeling naar beheersing en overlastbestrijding. In dit kader werd onder meer gekozen voor het verstrekken van methadon zonder de doelstelling om de verslaving terug te dringen of te stoppen. In de grote steden werd op grote schaal ambulante methadon verstrekt (de zgn. 'methadonbussen'). Van deze 'harm reduction'-aanpak werd verwacht dat hiermee in elk geval de overlast zou worden teruggedrongen, maar ze bleek hierin niet succesvol. Er was geen sprake van reductie van de criminaliteit. Het WODC toonde zelfs aan dat de cliënten van de methadonbus meer crimineel gedrag vertoonden en meer geld uit misdaad genereerden dan heroïneverslaafden die geen methadon verstrekt kregen (Leuw, 1998)⁵⁴.

Een andere tendens vanaf de jaren tachtig is dat de behandeling minder werd gericht op abstinentie en dat om die reden langdurige opnames werden beperkt. De capaciteit van het Jellinekcentrum werd, ondanks dat er voor opname van drugsverslaafden wachtlijsten van meer dan vier maanden bestonden, aanzienlijk teruggebracht om te voldoen aan het toegestane aantal verslavingsbedden per regio. In de p.i. Over Amstel bestaat nog steeds de in de jaren tachtig opgezette Detoxafdeling. De verantwoordelijkheid voor het behandelprogramma berust bij de Jellinek. Aan de oorspronkelijke opzet, het voorbereiden op externe vervolgbehandeling, wordt hier nu nog nauwelijks toegekomen, onder meer omdat de afdeling verstopt raakt met moeilijk extern plaatsbare verslaafden met een ernstige psychische stoornis.

In de jaren negentig werden de langdurige opnamemogelijkheden in Rotterdam opgeheven door sluiting van de therapeutische gemeenschappen Essenlaan van de Bouman Stichting en De Keet van het Psychiatrisch Ziekenhuis Delta, ondanks dat daar goede behandelresultaten werden behaald⁵⁵.

Het tijt keerde enigszins na het verschijnen van de nota Vermindering Overlast (Tweede Kamer 1993). Er werden extra middelen beschikbaar gesteld aan de verslavingszorg voor het terugdringen van door verslaafden veroorzaakte overlast. Met deze extra gelden werd in oktober 1995 in Den Haag het intramurale behandelprogramma Triple-Ex gestart (Triple-Ex staat voor ex-verslaafd, ex-werkloos en ex-gedetineerd). Twee jaar later volgde een voorlopige AWBZ-erkenning met als voorwaarde dat er een evaluatieonderzoek plaatsvond. Dit onderzoek toonde aan dat dit programma succesvol is. Dat het niet om de gemakkelijkste

54) Daarentegen geeft verstrekking van heroïne tezamen met methadon wel een reductie te zien van het crimineel gedrag, namelijk een vermindering van dagen waarop een delict gepleegd werd van 13 naar 3 (bij injecterenden) en van 11 naar 4 (bij inhalerenden), Leuw 1998.

55) Dat dit een groot verlies is, valt op te maken uit de resultaten van de vergelijkbare langdurige klinische behandeling van Triple-Ex in Den Haag (Vermeulen c.s., 2000). De aanpak is afgeleid van de behandeling in de therapeutische gemeenschap Emiliehoeve, waarbij de resocialisatie centraal staat.

groep gaat, blijkt uit het feit dat de deelnemers verslaafden waren die in totaal gemiddeld 4,6 jaar in detentie hadden doorgebracht, ruim tien jaar methadon verstrekt hadden gekregen en gemiddeld 33 jaar oud waren. Bijna de helft van de deelnemers had een allochtone achtergrond. Bij de follow-up twaalf maanden na het vertrek uit het programma bleek een aanzienlijke afname van crimineel gedrag: in het jaar na vertrek was 8% actief geweest in het dealen van drugs tegen 52% vóór de opname en ging 36% in de fout met diefstal tegen 92% vóór opname. 41% had na vertrek in het geheel geen harddrugs meer gebruikt, 74% had in de maand voor het follow-up-interview geen drugs gebruikt. 47% had een baan, 7% volgde een opleiding (Vermeulen, Hendriks en Zomerveld, 2000).

Triple-Ex heeft thans een definitieve AWBZ-erkenning.

Met de bovenvermelde extra door de minister van Justitie verstrekte gelden werden ook elders ambulante programma's gestart. Bij onderzoek bleken deze programma's voor ex-gedetineerden echter geen succes te zijn.

Sinds enige tijd worden in Den Haag justitiabelen met een isd-maatregel overgeplaatst naar de drugvrije programma's (Triple-ex of de therapeutische gemeenschap Emiliehoeve) waar naast behandeling scholing, vakopleiding, huisvesting en nazorg bij vertrek worden geboden. Voor overplaatsing van gedetineerde verslaafden naar instellingen voor langdurige behandeling met daaraan gekoppelde resocialisatiemogelijkheden bestaan in Nederland behalve in Triple-Ex en de Emiliehoeve mogelijkheden in de therapeutische gemeenschappen Hoog Hullen en De Breegweestee in Noord Nederland, Arta in Zeist, De Hoop in Dordrecht, de Piet Roordakliniek in Deventer en de kliniek van Novadic in Oirschot. Gelet op de resultaten van deze programma's beveelt de Raad aan te investeren in programma's voor gedetineerde verslaafden die op dezelfde leest zijn geschoeid.

Bijlage III. Overzicht van bezoeken en interviews met als bijzonder aandachtspunt de zorg aan gedetineerden met een stoornis

Toezichtbezoeken

Datum	Penitentiaire inrichting	Locatie	Plaats
21-01-2004	Noord-Holland Noord	Schutterswei	Alkmaar
28-01-2004	Noord-Brabant Noord	De Corridor	Zeeland
11-02-2004	Achterhoek	Lunette	Doetinchem
18-02-2004	Veenhuizen	Esserheem (vba, bza)	Veenhuizen
26-02-2004	Overijssel	Zwolle Centrum	Zwolle
04-03-2004	Vught	Unit 6 (bgg)	Vught
10-03-2004	Midden-Holland	Geniepoort (bza)	Alphen a.d. Rijn
31-03-2004	Zuid-West	Dordtse Poorten (bza)	Dordrecht
07-04-2004	Amsterdam	Demersluis (vba)	Amsterdam
08-04-2004	Zuid-Oost	Maashegge	Overloon
23-04-2004	Amsterdam	Havenstraat (bza)	Amsterdam
03-06-2004	Noord-Holland Noord	Compagnie	Zwaag
01-07-2004	Arnhem	De Berg	Arnhem
13-08-2004	Flevoland	Lelystad	Lelystad
27-08-2004	Veenhuizen	Bankenbosch/De Wissel	Veenhuizen
01-09-2004	Rijnmond	De Schie (laa, bza)	Rotterdam
09-09-2004	Midden-Holland	Haarlem (iba, vba)	Haarlem
24-09-2004	Breda	De Boschpoort (vba, bza, therapieafd.)	Breda
01-10-2004	Achterhoek	De Kruisberg (vba)	Doetinchem
04-10-2004	Zuid-Oost	Ter Peel (vrouwen, bza)	Evertsoord
14-10-2004	Noord	De Marwei (biba)	Leeuwarden
12-11-2004	Utrecht	Wolvenplein	Utrecht
25-11-2004	Haaglanden	Scheveningen (psc, therapieafd.)	Den Haag
01-12-2004	Arnhem	Arnhem-Zuid (iba)	Arnhem

Datum	Penitentiaire inrichting	Locatie	Plaats
09-12-2004	Rijnmond	Noordsingel (fsu, vba, iba)	Rotterdam
15-12-2004	Noord-Holland Noord	Zuyderbos	Heerhugowaard
19-01-2005	Overijssel	Zwolle Centrum (vrouwen)	Zwolle
21-01-2005	Rijnmond	Stadsgevangenis	Rotterdam
24-02-2005	Breda	vrouweninrichting	Breda
07-03-2005	Achterhoek	Ooyerhoek	Doetinchem
24-03-2005	Limburg-Zuid	Overmaze	Maastricht
07-03-2005	Noord-Brabant Noord	Leuvense Poort	Den Bosch
11-04-2005	Utrecht	Nieuwegein	Utrecht
11-05-2005	Vught	unit 5 (Ebi)	Vught
25-05-2005	Haaglanden	Scheveningen (penitentiair ziekenhuis)	Den Haag
31-05-2005	Amsterdam	Het Veer (foba)	Amsterdam
06-06-2005	Amsterdam	Het Schouw	Amsterdam
15-06-2005	Zuid-West	Torentijd	Middelburg
18-07-2005	Noord	Groningen	Groningen
01-09-2005	Rijnmond	De IJssel	Krimpen a.d. IJssel
13-09-2005	Noord-Holland Noord	Westlinge	Heerhugowaard
21-09-2005	Vught	unit 1 (laa/labg)	Vught
28-09-2005	Noord	De Grittenborgh	Hoogeveen
03-10-2005	Limburg-Zuid	De Geerhorst	Sittard
13-10-2005	Flevoland	Almere	Almere
16-11-2005	Haaglanden	Zoetermeer	Zoetermeer
21-11-2005	Noord-Brabant Noord	Oosterhoek	Grave
01-12-2005	Noord	De Marwei	Leeuwarden
09-12-2005	Rijnmond	Noordsingel	Rotterdam
16-01-2006	Vught	unit 4 (fsu)	Vught
25--01-2006	Amsterdam	De Schans (isd)	Amsterdam
03-02-2006	Zuid-Oost	Roermond	Roermond
16-02-2006	Haaglanden	Scheveningen (biba)	Den Haag
02-03-2006	Veenhuizen	Norgerhaven	Veenhuizen
14-03-2006	Noord	Blokhuispoort	Leeuwarden
04-09-2006	Utrecht	Wolvenplein (isd)	Utrecht
25-09-2006	Noord	Grittenborgh (isd)	Hoogeveen

Overige bezoeken en overleg

- De Waag Utrecht, centrum voor forensisch-psihiatrische behandeling, 19 december 2005;
- Overleg met de Stichting verslavingszorg GGz, 30 mei 2006;
- De Waag Den Haag, centrum voor forensisch-psihiatrische behandeling, 4 juli 2006;
- Overleg met de coördinerend psychologen van de DJI 5 juli 2006;
- Parket Zwolle, project 'Psihiatrische patiënten in de strafrechtsketen', 3 augustus 2006.

Conferenties

- Gestoord in het gevang, congres georganiseerd door de Dienst Justitiële Inrichtingen en GGz Nederland, 28 januari 2004;
- Behandeling in Detentie, symposium georganiseerd door de Forensisch-Psihiatrische Kliniek GGz Drenthe, 13 juli 2006;
- Gevaarlijk en gestoord, de hulpverlening in spagaat tussen ggz en Justitie, congres georganiseerd door Medilex in samenwerking met het ministerie van Justitie en GGz-Nederland, 1 november 2006.

Bijlage IV. Literatuuroverzicht

Koenraadt, F. en J.E. Beekman, *Evaluatie Wet bijzondere opnemingen in psychiatrische ziekenhuizen. Deelonderzoek 9 - De Wet Bopz in de forensische psychiatrie*, ZonMw, Den Haag 2002.

Bieleman, B.R. en R. van der Laan, *Stok achter de deur. Onderzoek naar het functioneren van de zorg voor verslaafde gedetineerden*, Intraval 1999.

Bulten, B.H., *Gevangen tussen strafen zorg*, Den Haag 1998.

Bulten, B.H. en W.F.J.M. van Kordelaar, 'Zorg in detentie' in E.R. Muller en P.C. Vegter (red.), *Detentie, Gevangen in Nederland*, Kluwer, Alphen aan den Rijn 2005, p. 427-458.

De Leon, G., G. Melnick, G. Thomas, D. Kressel en H.K. Wexler, *Motivation for treatment in a prison based therapeutic community*, American Journal of Drug and Alcohol Abuse, 26, p. 33-46.

Gezondheidsraad, *Behandeling van drugsverslaafde gedetineerden*, Den Haag nr. 2002/08.

Gezondheidsraad, *Medicamenteuze interventies bij drugverslaving*, Den Haag nr. 2002/10.

Gezondheidsraad, *Preventie en behandeling van de antisociale persoonlijkheidsstoornis*, Den Haag nr. 2006/07.

Interdepartementale werkgroep 2005 (commissie-Houtman), *Besturing en financiering van zorg in een Justitieel kader*, Den Haag 2005.

Kelk, C., *Nederlands detentierecht*, Deventer 2003.

Koeter, M. W.J. en Koeter, A.S. van Maastricht, *De effectiviteit van justitiële maatregelen in de verslavingszorg*, State of the Art-rapport Verslaving, ZonMw, Amsterdam 2006.

Kooyman, M., *The Therapeutic Community for Addicts, intimacy, parent involvement and treatment outcome, proefschrift*, Erasmus Universiteit Rotterdam 1992.

Leuw, E., Low threshold methadone prescription and its effects on drug related crime. In: *Proceedings 3rd Conference on Rehabilitation and Drug Policy Europe against Drug Abuse*, Oslo 1997, 176-179. Ed.: Solveig Solbakken, Oslo 1998.

Marle, H.J.C. van, Forensische zorg en forensische psychiatrie, Sancties 2006, p 149-160.

Marle, H.J.C. van en C.M. van Esch (red.) *Werk in uitvoering. Penitentiaire forensische psychiatrie*, Deventer, Gouda Quint 1998.

Mevis, P.A.M., Gevangeniswezen, TBS en GGZ: 'Goede aansluiting, regievoering en verdere ontzuiling gewenst' in *Delikt en Delinkwent*, 2006 (7/50), p.719-733.

Ministerie van Justitie, *Zorg om zorg*. Een inventarisatie van de knelpunten rond de zorg voor psychisch gestoorde gedetineerden, Dienst Justitiële Inrichtingen, Den Haag 2001.

Ministerie van Justitie, *Inventarisatie bijzondere groepen gevangeniswezen en Eindverslag werkgroep doelgroepenanalyse*, Dienst Justitiële Inrichtingen, Den Haag 2006.

Ministerie van Justitie, *Van Basiszorg naar Penitentiaire Zorg*, Dienst Justitiële Inrichtingen, Den Haag 2006.

Ministerie van Justitie, *Jaarverslag monitoring (B)IBA*, Dienst Justitiële Inrichtingen, De Haag 2004

Ministerie van Justitie, *Gezondheidszorgvisie DJI*, Dienst Justitiële Inrichtingen, Den Haag 2006.

Opstal, J.A.G. van en S. Lammers, *Op weg naar een behandelwet? Tijdschrift voor Psychiatrie*, 2006, p. 637-645.

Post, M., *Detentie en culturele diversiteit*, Den Haag 2005.

Rapport Commissie Psychiatrische Therapeutische Voorzieningen Gevangeniswezen, Den Haag 1983.

Rook, A. *Probleemgroepen in de inrichtingen voor langgestraften: een inventarisatie*, WODC, Den Haag 1982.

Stichting Verslavingsreclassering GGz Nederland, *Interventies voor verslaafde justitiabelen*, Amersfoort 2004.

Parlementaire enquêtecommissie tbs (commissie Visser), *Tbs, vandaag over gisteren en morgen*, Rapport van het parlementair onderzoek TBS, TK 2005-2006 30250, nrs. 4-5, Den Haag 2006.

Raad voor Maatschappelijke Ontwikkeling, *Tussen zorgen en begrenzen, over de aanpak van delictplegers met psychiatrische problemen*, Den Haag 2005.

Vandevelde, S., E. Broekaert, R. Yates en M. Kooyman, The Development of the Therapeutic Community in Correctional Establishments: a comparative retrospective account of the 'democratic' Maxwell Jones, TC and the hierarchical concept-based TC in prison, *International Journal of Social Psychiatry*, Vol. 50 (1), (2004), p. 66-79.

Vermeulen, K.T., V.M. Hendriks, R. Zomerveld, *Drangbehandeling in Den Haag: Evaluatieonderzoek naar de effectiviteit van het behandelprogramma Triple-Ex voor justitiabele verslaafden*, Parnassia Addiction Research Centre, Den Haag 2000.

Wartna, B.S.J., N. Tolenaar, Bekenden van Justitie. *Een verkennend onderzoek naar de 'veelplegers' in de populatie van vervolgte daders*, WODC, Den Haag 2004.

Wexler H.K., G.P. Falkin en D.S. Lipton, Outcome evaluation of a prison therapeutic community for substance abuse treatment, *Criminal Justice and Behavior* 1990, 17, p. 71-92.

Wexler, H. K., *Therapeutic communities and special populations, Learning from research from clinical practise and policy, Presentation at the XXIII World Conference of Therapeutic Communities*, New York 2006.